Die Therapie der Placenta praevia und ihre Erfolge in der Münchener Universitäts-Frauenklinik (1884–1907).

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

RUDOLPH MAISON,

Medizinalpraktikant aus München.

München 1908.

Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei Dr. C. Wolf & Sohn.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548322_0141

Die Therapie der Placenta praevia und ihre Erfolge in der Münchener Universitäts-Frauenklinik (1884–1907).

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

ACAD. LUDD. BAT. BIBL.

vorgelegt von

RUDOLPH MAISON,
Medizinalpraktikant aus München.

München 1908.
Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei Dr. C. Wolf & Sohn.

Gedruckt mit Genehmigung der medizin. Fakultät
der Universität München.

Referent: Herr Professor Döderlein.

Die Litteratur über Placenta praevia ist, der Wichtigkeit des Gegenstandes entsprechend, bereits ins Ungemessene angewachsen, ohne dass, weder hinsichtlich der Ätiologie noch der Therapie, bis jetzt eine volle Einigung erzielt worden wäre. Gerade gegenwärtig macht sich ja in der Behandlung dieses schweren Geburtshindernisses, wie man es wohl nennen darf, eine neue Strömung geltend, die nicht nur das Leben der Mutter, sondern auch in höherem Masse als bisher das des Kindes gewahrt wissen will: ich meine den vaginalen Kaiserschnitt, wie er von Dührssen angegeben wurde, oder die Hysterotomia vaginalis anterior, wie sie speziell bei vorliegender Placenta und noch nicht erweitertem Muttermund von Bumm empfohlen wird.

Um nun die Erfolge dieser Methode, die natürlich auch an der hiesigen Klinik erprobt werden soll, mit denen der früher hier angewendeten Behandlungsweisen vergleichen zu können, ist eine umfassende Statistik über alle hier beobachteten und noch auffindbaren Fälle von Placenta praevia notwendig. Diese herzustellen, war der alleinige Zweck der vorliegenden Arbeit. Diese befasst sich demgemäss auch durchaus nicht mit Kasuistik, die ja nach dem heutigen Stande der Kenntnisse wohl kaum mehr durch eine Statistik, vielmehr nur noch durch anatomisch-physiologische Untersuchungen bereichert werden könnte, sondern lediglich mit den Erfolgen der Therapie, wie sie in den Jahren 1884—1907 hier geübt wurde.

Zur Anwendung kamen vor allem die Tamponade mit Watte oder Gaze, in seltenen Fällen auch mittels des Kolpeurynters, dann Blasensprengung und innere oder kombinierte Wendung auf den Fuss mit und ohne Extraktion. Die Metreuryse war nach den Journalen nur viermal in Gebrauch, so dass wohl kein Urteil darüber möglich ist; immerhin scheint nach den Aufzeichnungen die intrauterine Ballonbehandlung ihre Schuldigkeit getan zu haben. Zweimal wurde mit der Zange entbunden: einmal bei marginalem Sitz mit gutem Erfolge für das Kind, aber mit Fieber bei der Mutter, ohne dass Tamponade vorausgegangen wäre, das andere Mal starb das Kind während des Forceps ab, die Mutter war fieberfrei. Bei einem Fall wurde das bereits tote Kind perforiert, um womöglich noch die schon ganz ausgeblutete Mutter zu retten, was aber trotzdem nicht mehr gelang; bei einem anderen musste wegen Uterusruptur laparotomiert werden: das Kind, ein Hydrocephalus, war dritten Grades maceriert, die Mutter starb an Peritonitis.

Ich nehme diese aus dem Rahmen der gewöhnlichen Behandlung heraustretenden Fälle vorweg, um später nur noch ihre Krankengeschichten anführen zu dürfen, was im Interesse der Vollständigkeit der Statistik geschehen muss.

Bevor ich zu dem Hauptteil meiner Arbeit übergehe, möchte ich noch einige Bemerkungen mehr allgemeiner Natur machen, die einigermassen einen Überblick über das Ganze geben und gewisse Gesichtspunkte festsetzen sollen, welche bei den nachfolgenden Ausführungen nicht vergessen werden dürfen.

In den Jahren 1884—1907 inkl. waren in den Journalen mit Zuhilfenahme einer älteren Doktor-Dissertation von Weber (1891) unter 24 951 Geburten 154 zu finden, welche mit Placenta praevia kompliziert waren; es entspricht dies einer Häufigkeit der letzteren von 1 : 162. Eine solche Zahl sagt natürlich nicht viel, und vor allem ist aus ihr keinerlei Rückschluss auf die Häufigkeit der Placenta praevia überhaupt gestattet; denn in einer Klinik häufen sich eben die pathologischen Fälle in durchaus nicht gesetzmässiger Weise. Dies ist auch der Grund, warum alle diese aus Anstalten stammenden Angaben oft so erheblich voneinander abweichen (in einer Tabelle von Strassmann finden sich z. B. Verhältnisse von 1 : 38,2 bis 1 : 323,4). Drei von den 154 Geburten waren Zwillingsgeburten, so dass also 157 Kinder zur Welt kamen.

Von den 154 Müttern starben 24, was eine primäre Sterblichkeit von 15,6 % bedeutet. Unter den Todesfällen finden sich aber zwei durch Uterusrupturen und einer durch Urämie bedingt, die billigerweise wohl ausgeschaltet werden müssen. Es stellt sich also die wirkliche Sterblichkeit der Mütter auf 21 : 151 = **13,9** %.

Über die Verteilung der Todesfälle auf die verschiedenen Arten der Placenta praevia soll folgende Tabelle eine Übersicht geben. Zu dieser möchte ich gleich vorausschicken, dass ich noch die Bezeichnung „lateralis“ und „centralis“ in meiner Arbeit beibehalten habe, weil sich diese Nomenclatur auch in den Journalen findet. Doch halte ich die Benennungen „partialis“ und „totalis“ für richtiger, weil sie den anatomischen Verhältnissen genauer Rechnung tragen und auch eindeutiger sind.

Art der Placenta	Zahl der Fälle	Mütter tot	%
marginalis	21	0	**0**
lateralis	96	13	**13,5**
centralis	33	8	**24,2**
Summa	150	21	14,0

Zur Erläuterung: Die drei oben erwähnten Fälle, von denen jeder einer der drei Arten der Placenta praevia angehörte, wurden ausgeschaltet. Ferner musste auch ein Fall, bei dem der Sitz der Placenta wegen Unvollständigkeit des Journals nicht zu ermitteln war, wegbleiben, doch macht der Uuterschied nur 0,1 % aus.

Aus dieser Übersicht geht ganz klar hervor, wie die Gefahr für die Mutter wächst, je ausgesprochener die Placenta vorliegt: Bei der Placenta praevia marginalis ist die Mortalität gleich Null, bei der centralis beträgt sie fast doppelt soviel als wie bei der lateralis.

Die Gesamtsterblichkeit von 14 % ist auf jeden Fall noch eine sehr hohe, wenn auch früher noch viel erheblichere Zahlen gefunden wurden: Weber rechnete für 34 Fälle der Münchener Klinik (von 1884—1890) 20 % und Gutmann für 20 Fälle von 1892—1895 sogar 25 % Mortalität der Mütter aus. Dagegen liegen aus anderen Kliniken weit bessere Berichte vor: Strassmann hat für die Kgl. Charité in Berlin 9,52 %, Closs für die Tübinger Klinik 5,27 %, Striepecke für die Universitätsklinik in Berlin 3,1 % Sterblichkeit der Mütter gefunden, während Hofmeier 2,7 % und Behm sogar 0 % veröffentlichte. Die beiden letzten Angaben beziehen sich auf die mit der kombinierten Wendung erzielten Erfolge.

Was das Schicksal der Kinder anbelangt, so ist das der wunde Punkt in jeder Statistik über Placenta praevia. Es wären hier nämlich, um eine vollkommene Statistik zu geben, nach Strassmann sehr viele Punkte zu berücksichtigen. Vor allem müsste die grosse Zahl der Fehl- und Frühgeburten abgesondert werden, welche die Statistik der Totgeborenen belasten, dann sollte man die macerierten Früchte und die schon vor der Entbindung abgestorbenen eigens berücksichtigen u. s. w. Alle diese einzelnen Gruppen wären dann wieder zu zerteilen nach der Art der Therapie und der Indikationen, nach der Grösse des Muttermundes, nach dem Modus und dem Zeitpunkt der Extraktion etc. Auch sollte das spätere Erhaltenbleiben der Kinder, besonders der frühgeborenen, noch erfragt werden. Diese Forderungen sind natürlich unmöglich alle zu erfüllen; denn bei so genauer Sichtung der Fälle kämen selbst bei einem grösseren Material so kleine Gruppen heraus, dass man sie zur Statistik oder Prozentvergleichung nicht mehr gebrauchen könnte. Jedenfalls aber ist es gut, wenn man sich bei Betrachtung einer Statistik dieser notwendigen Mängel bewusst ist.

Von den 157 Kindern starben 119, was einer Sterblichkeit von 75,8 % gleichkommt. Dies ist beim ersten Anblick eine riesige Verlustziffer, die aber bei näherer Betrachtung manches von ihrem Schrecklichen verlieren wird. Es starb nämlich ein ganz kräftiges Kind (3200 g, 50 cm) acht Tage nach der Geburt an Pneumonie, und ein anderes (2300 g, 48 cm) drei Wochen post partum an Pädatrophie. Diese beiden Kinder sind für diese Statistik wohl abzuziehen und zu den Lebenden zu rechnen, da sie ja nicht der Placenta praevia als solcher zum Opfer fielen. Von den übrigbleibenden 117 toten Kindern waren ganz sicher 29 (darunter auch die Kinder der beiden Uterusrupturen und der Urämie) schon vor Eintritt abgestorben; vier andere, von denen dies ungewiss ist, mögen zu den lebend aufgenommenen Kindern gezählt werden. Werden diese 29 Kinder, die der Statistik unmöglich zur Last gelegt werden können, ausgeschaltet, so ergibt sich ohne Rücksicht auf die Art der Entbindung eine allgemeine Sterblichkeit von **68,7** %.

Diese Ziffer hält sich im Rahmen der von allen neueren Statistiken angegebenen Sterblichkeit, welche im Mittel ca. 70 % betragen dürfte, und wird noch verständlicher, wenn man bedenkt, dass neun Fälle durch Nabelschnurvorfall kompliziert waren.

Selbstverständlich wird die Sterblichkeitsziffer auch wesentlich ungünstig beeinflusst durch die gerade bei Placenta praevia sehr häufigen Fehl- und Frühgeburten; denn diese lebensschwachen und lebensunfähigen Früchte zeigen noch eine ganz ausserordentliche Mortalität nach der Geburt, wie am besten die folgende Übersicht zeigen dürfte, in die ich nach dem Muster Zweifels meine Fälle gebracht habe:

Lebend geboren		Tot geboren		Lebend entlassen	
unter	über	unter	über	unter	über
2500 g		2500 g		2500 g	
23	38	51	45	9	27

Nach dieser starben nämlich von den 23 lebend geborenen Kindern unter 2500 g noch nachträglich 14 = 60,9 %, während bei den 38 Kindern über 2500 g die Mortalität 11 = 28,9 % betrug.

In der Hauptsache stimmen diese Resultate mit den von Zweifel veröffentlichten überein, nur treten bei letzterem die Unterschiede noch deutlicher hervor (72,7 % : 13,3 %).

Des weiteren springt in die Augen, dass von den 96 tot geborenen Kindern 51, d. i. 53,1 %, unter 2500 g wogen, also schon von vornherein sehr beschränkte Aussicht auf Leben hatten.

Nach meinen Resultaten sind überhaupt nur 57,5 % aller Kinder völlig reif und 73,86 % lebensfähig. Das Genauere über den Geburtsbeginn bei den verschiedenen Arten der Placenta praevia und zugleich die Häufigkeit der letzteren erläutert besser als alle Worte folgende Tabelle, bei der wieder der eine Fall mit nicht näher zu bestimmenden Placentarsitz unberücksichtigt blieb.

Art der Placenta praevia	Zahl %	Fehlgeburt			Frühgeburt		Reif
		V	VI	VII	VIII	IX	X
Placenta praevia marginalis . .	22 = 14,38 %	1	3	4	0	0	14
„ „ lateralis . . .	97 = 63,39 %	6	2	9	9	18	53
„ „ centralis . . .	34 = 22,22 %	—	3	—	3	7	21
Summa	153 = 99,99 %	7	8	13	12	25	88
		40 = **26,14** % lebensunfähig				113 = **73,86** % lebensfähig	

Um aber auch prozentisch vergleichen zu können, habe ich meine 153 Fälle zusammenfassend nach Fehlgeburt (V.—VII. Monat), Frühgeburt (VIII.—IX. Monat) und reifer Geburt (X. Monat) geordnet und nach den Graden der Placenta praevia untereinander gestellt.

Art der Placenta praevia	Zahl	Fehlgeburt %	Frühgeburt %	Reif %
Placenta praevia marginalis .	22	8 = **36,36**	—	14 = **63,63**
„ „ lateralis . .	97	17 = 17,53	27 = 27,83	53 = 54,54
„ „ centralis . .	34	3 = 8,82	10 = **29,41**	21 = 61,76
Summa	153	28 = 18,30	37 = 24,18	88 = 57,51

Danach hätten wir den grössten Prozentsatz an Fehlgeburten bei Placenta praevia marginalis, an Frühgeburten bei Placenta praevia centralis und an reifen Geburten wiederum bei marginalem Sitz.

Strassmann dagegen fand die meisten ausgetragenen Kinder bei Placenta praevia centralis, während Pohls Resultate so ziemlich mit den meinigen übereinstimmen; aber letzterer bestreitet, dass bei Placenta praevia centralis verhältnismässig häufig der letzte Monat erreicht wird und gibt nur 48,8 % dafür an, gegenüber 61,76 % meiner Statistik.

Diese Unterschiede erklären sich vielleicht aus dem schwankenden Begriff der Placenta praevia centralis, die ja, wenn längere Zeit gewartet wird, eventuell zur lateralis werden kann. Dadurch gehen natürlich eine Anzahl von reifen Geburten für die centralis verloren und zur lateralis über.

Für die Placenta praevia überhaupt ergibt sich, dass doch in weit der Hälfte aller Fälle (57,51 %) die Schwangerschaft ihr normales Ende erreicht, in einem Viertel (24,18 %) es aber zur Frühgeburt und in einem guten Fünftel (18,30 %) erst zur Fehlgeburt kommt. Andere Autoren geben wieder mehr Frühgeburten als reife Geburten an.

Es interessierte mich ferner, den Zusammenhang zwischen Totgeburten, in den ersten Tagen erfolgten Todesfällen und endlich den am Leben bleibenden Kindern einerseits und den verschiedenen Arten der Placenta praevia andererseits zahlenmässig festzustellen. Dass da nun wirklich eine ausgesprochene Gesetzmässigkeit besteht, beweist nachstehende Tabelle, zu der zu bemerken ist, dass ein Fall von Placenta praevia wegen fehlender Angabe über den Sitz wegbleiben musste, und die beiden Kinder, welche nach acht Tagen und drei Wochen an Pneumonie bezw. an Pädatrophie starben als lebend angesehen wurden. Bei den drei in Frage kommenden Zwillingsgeburten wurde das zweite Kind bei der Umrechnung in Prozente als eigene Geburt gezählt, was durch die beigefügten kleinen Ziffern angedeutet ist.

Placenta praevia	Zahl der Fälle	tot geboren od. in den ersten Stund. gestorben		1 Tag oder später post. part. gestorb.		lebend		Bemerkungen
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
marginalis . .	22	13	59,1	2	**9,1**	7	**31,8**	
lateralis . . .	97 (+2)	70 (69+1)	70,7	4 (3+1)	4,0	25	25,2	2 mal Zwillinge
centralis . . .	34 (+1)	27	**77,2**	—	—	8 (7+1)	22,8	1 mal Zwillinge
Summa	153 (+3)	110	70,5	6	3,8	40	25,6	

Aus obigen Zahlen lässt sich entnehmen, dass für das kindliche Leben um so mehr Gefahr besteht, je mehr von dem Plancentargewebe vorliegt: 59,1 % Mortalität bei marginalem, 70,7 % bei lateralem und 77,2 % bei zentralem Sitz der Placenta. Erwähnenswert ist fernerhin wie radikal die Placenta praevia centralis verfährt: entweder stirbt das Kind sogleich oder es bleibt am Leben, während bei den minder schweren Formen des Vorliegens, bei lateralem Sitz z. B. in 4 %, bei marginalem Sitz sogar in 9,1 % der Fälle der Tod erst einige Tage nach der Geburt erfolgt. Ohne Zweifel spielt hier die bei der centralis so oft notwendige Perforation des Mutterkuchens eine ausschlaggebende Rolle. Dem ganz entsprechend ergeben sich die günstigsten Chancen für Erhaltung des Kindes bei Placenta praevia marginalis, fallen aber um ein gutes Stück bei lateralem und noch etwas mehr bei zentralem Sitz der Placenta.

Zum Schlusse dieser allgemeinen Bemerkungeu möchte ich noch feststellen, dass auch ich in Übereinstimmung mit den übrigen Statistiken eine hochgradige Vermehrung der pathologischen Kindslagen gefunden habe. Wenn ich von den 154 Geburten die drei Zwillingsgeburten, bei denen Lageanomalien ja ohnehin häufiger vorkommen und ferner zwölf andere Fälle, bei denen die Lage nicht angegeben war, abziehe, so finde ich für die übrigbleibenden 139 Geburten 21 Querlagen und 20 Beckenendlagen oder in Prozenten ausgedrückt:

15,1 % Querlagen (gegen 0,8 % sonst)
14,3 % Beckenendlagen (gegen 3,2 % sonst).

Ich komme jetzt zu meiner hauptsächlichen Aufgabe, die Erfolge der verschiedenen Behandlungsmethoden zu ermitteln und untereinander zu vergleichen. Ich werde versuchen, sie auf die Weise zu lösen, dass ich zuerst in tabellarischer Form und in möglichster Kürze die klinisch wichtigen Punkte der betreffenden Fälle anführe und dann jedesmal am Schlusse eine zusammenfassende Übersicht mit den mir notwendig erscheinenden Erläuterungen gebe.

„La statistique est le meusonge en chiffres“, dieser viel zitierte Satz drängte sich auch mir, wenn ich ehrlich bin, bei Ausarbeitung der verschiedenen Tabellen des öfteren auf. Natürlich ist nicht die Rede von einer absichtlichen Täuschung; aber auch bei grösster Gewissenhaftigkeit wird eine Statistik sehr verschieden ausfallen je nach der Auffassung des einzelnen; denn es gibt so viele Fälle, bei denen man mit Recht zweifeln kann, wo man sie einreihen soll und ob sie überhaupt hieher gehören, dass am Schlusse doch ganz erhebliche Unterschiede entstehen. Ich habe deshalb in Zweifelsfällen immer beiden Auffassungen Rechnung getragen, meine persönliche aber des näheren begründet und durch den Druck hervorgehoben, so dass der Leser auch weiss, wie die Zahlen entstanden sind. Dadurch wird zwar, wie mir wohl bewusst ist, das Bild der Tabelle etwas kompliziert, aber ich habe geglaubt, diesen Nachteil in Kauf nehmen zu müssen für den grossen Vorteil, dass das Subjektive so viel als nur irgend möglich ausgeschaltet wird.

So habe ich bei den Fieberfällen immer zuerst die absoluten Zahlen angegeben und dann erst die nach meiner Auffassung nicht hergehörigen Fälle, das sind solche, die der Methode an sich nicht zur Last gelegt werden können, ausgeschaltet, so dass nur die ganz einwandfreien Fälle beim Urteil über die Therapie Verwendung fanden.

Mit den Todesfällen der Kinder ist es ähnlich: zuerst absolute Zahlenangabe, dann aber war es, um einen Überblick über die wirkliche Leistungsfähigkeit einer Methode zu gewinnen, meiner Ansicht nach unbedingt notwendig, die schon vor Eintritt in die Klinik bezw. vor Anwendung der betreffenden Therapie abgestorbenen Kinder ausser Rechnung zu setzen.

Bezüglich der zwei Fälle von Zwillingen (Nr. 67 und Nr. 142), wo die Geburt eines jeden Kindes durch eine verschiedene Therapie bewerkstelligt wurde, habe ich es, um auf diese Fälle nicht verzichten zu müssen, so gehalten, dass der Fall an sich unter der für die Mutter ausschlaggebenden Therapie eingereiht wurde (in beiden Fällen der erste Eingriff), während das zweite Kind je nach Massgabe der bei ihm angewandten Operation in den zusammenfassenden Tabellen aufgeführt wurde und zwar unter genauem Hinweis auf den Hauptfall.

Spontane

Nr.	Journal-Nr.	Name, Alter ? para	Zeitpunkt der Schwangerschaft	Sitz der Placenta	Muttermund		Blutung	Primäre Kindslage
					bei Eintritt	bei Operation		
1	1886 252	35 Jahr XII p.	6½ Mt.	marginalis	?	?	gering, 1 Stunde nach Wehenbeginn	I. Schädellage
2	1886 268	W. R. 25 Jahr II p.	5. Mt.	marginalis	?	?	seit dem 4. Monat häufig Blutabgang	? Schädellage
3	1888 97	Th. D. 25 Jahr IV p.	7. Mt.	marginalis	3 Markstück gross	—	—	I. Schädellage
4	1889 251	W. E. 38 Jahr X p.	9. Mt.	lateralis	?	?	seit dem Blasensprung 2 Tage lang, in mässiger Stärke	II. Schädellage
5	1889 374	C. Sch. 26 Jahr II p.	5. Mt.	lateralis dextra	3 Markstück gross	—	zuerst 8 Tage a. p. in mässiger Stärke fortdauernd, 1 Tag a. p. heftige Blutung	?
6	1892 113	A. G. 18 Jahr I p.	6. Mt.	lateralis sinistra	3 Markstück gross	—	stark am Tage der Geburt	I. Steisslage
7	1892 479	U. P. 27 Jahr IV p.	6–7 Mt.	centralis	2 Markstück gross	—	sehr stark 1 Tag a. p. mässig intra part.	?
8	1892 729	S. M. 38 Jahr XIII p.	Ende	lateralis	erweitert	—	stark in der I. und II. Geburtsperiode	I. Schädellage

Geburten.

Therapie	Entbindung		Mutter		Kind		
	Dauer Stund.	Bemerkungen	Geburt	Wochenbett	Erfolg	Gewicht, Länge	Bemerkg.
—	6 1/4	—	350 g Blut bei Nachgeburt	fieberfrei	† 2 Tg. p. p. an Inanit.	1400 g 41 cm	—
absolute Ruhe, Crede nach 3 1/2 Stunden	4	—	grosser Blutverlust in der III. Periode	Temp. nicht über 38,3°. etwas fötide Lochien	†	500 g 27 cm	in d. Klinik keine Herztöne gehört
Credé	18	—	bei Aufnahme Temp. 39,6°	Fieber bis 39,9°, Parametritis	† 12 Std. p. p.	1250 g 38 cm	—
—	53	künstliche Frühgeb. durch Einführung von Bougies	ohne	Fieber	† intra part.	2200 g 46 cm	—
—	8 1/2	Zwillinge 2 Placenten 2 Amnien 2 Chorien	gut	leichte Nachblutg. fieberlos	1. † intra p. 2. † bald p. p.	1. 190 g 23 cm 2. 200 g 25 cm	—
Scheidenspülungen	7	Nabelschnur u. rechte Hand vorgefallen	Placenta zuerst geb. Atonische Nachblutg.	1 mal Temp. bis 39,6°, leicht. Parametritis sin.	†	650 g ? cm	tot schon beim Eintritt
—	7	—	Placenta zuerst	ohne Fieber	†	1150 g 30 cm	Anencephalus I° mac.
leichter Credè	13 1/2	—	leichte Nachblutg.	1 mal Temp bis 39,7° unt. Schüttelfrost, föt. Lochien	lebt	3500 g 52 cm	leicht asphyktisch geboren

Nr.	Journal-Nr.	Name, Alter ? para	Zeitpunkt der Schwangerschaft	Sitz der Placenta	Muttermund		Blutung	Primäre Kindslage
					bei Eintritt	bei Operation		
9	1894 13	R. J. 22 Jahr I p.	6. Mt.	marginalis	?	—	—	I. Schädellage
10	1894 718	A. L. 20 Jahr I p.	7. Mt.	lateralis dextra	klein Handtellergross	—	stark bei Beginn der Geburt	Schieflage Ia
11	1897 1109	Th. F. 22 Jahr II p.	Ende	marginalis	5 Markstück gross	—	schwach in der I., stark in der II. Periode	II. Schädellage

Zusammenfassende

Zahl der Fälle	Mutter													
	tot						Fieber							
	Sepsis		Anämie		zusammen		bis 38,5°		über 38,5°		zusammen		von den Lebenden
	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	%
11	—	—	—	—	0	**0**	1	9	4	36,5	5	45,5	**45,5**
12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8*)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Bei den elf Fällen mit rein spontanem Geburtsverlauf war die Mortalität der Mütter 0 %, Fieber aber hatten 45,5 %. Von den zwölf Kindern starben 10 = 83,3 %; vier waren schon vor Eintritt tot, so dass für die Klinik die Mortalität nur 75 % betrug. Die hohe Febrilität der Mütter erklärt sich aus der grossen Infektionsgefahr,

*) Die mehrfache Zahlenangabe in der 1. Rubrik dieser wie der folgenden Tabellen erklärt sich aus der Ausschaltung der verschiedenen Fälle, wie sie in den zugehörigen „Bemerkungen“ jedesmal näher angegeben ist.

Therapie	Entbindung		Mutter		Kind		
	Dauer Stund.	Bemerkungen	Geburt	Wochenbett	Erfolg	Gewicht, Länge	Bemerkg.
—	14	—	gut	fieberfrei	† 5 Std. p. p.	500 g 28 cm	—
—	11½	Selbstentwicklung	Placenta zuerst	mehrmals Temp. bis 38,7°	†	1000 g 36,5 cm	tot schon beim Eintritt
Credé	6¾	—	Nachblutung	fieberlos	lebt	3000 g 49 cm	—

Tabelle.

Kind								Bemerkungen
tot				lebend				
Zahl	%	unter 2500 g	über 2500 g	Zahl	%	unter 2500 g	über 2500 g	
—	—	—	—	—	—	—	—	1 mal Zwillinge
10	83,3	10	0	2	16,6	—	2	vier Kinder schon vor Eintritt gestorben, diese werden ausgeschaltet
6	**75**	6	—	2	**25**	—	2	

die die Placenta praevia wegen des tiefen Sitzes der Placentarstelle überhaupt mit sich bringt, die ausserordentliche Kindersterblichkeit aber aus dem oft sehr langsamen Geburtsverlauf. Die Wehentätigkeit ist ja häufig eine sehr schlechte, weil, wie man annimmt, die mechanische Reizung der Ganglien des unteren Gebärmutterabschnittes durch den vorliegenden Mutterkuchen behindert ist. Springt nun infolgedessen auch die Blase sehr lange nicht, so kann bei der immer weiter fortschreitenden Ablösung der Placenta das Kind sehr leicht an Sauerstoffmangel zu Grunde gehen.

Nur Blasen-

Nr.	Journal-Nr.	Name, Alter ? para	Zeitpunkt der Schwangerschaft	Sitz der Placenta	Muttermund		Blutung	Primäre Kindslage
					bei Eintritt	bei Operation		
12	1890 258	A. S. 27 Jahr III p.	6. Mt.	marginalis sinistra	völlig	erweitert	seit Beginn der Geburt (8 Stund.) fortwährend und sehr stark	I. Schädellage
13	1894 231	J. H. 33 Jahr IV. p.	7. Mt.	lateralis	fast ganz	erweitert	keine	II. Steisslage
14	1894 625	M. S. 39 Jahr XIII p.	9. Mt. (Mitte)	lateralis sinistra	fast	erweitert	stark bei Beginn der Geburt, gering intra partum	II. Schädellage
15	1897 1058	F. S. 34 Jahr VII p.	Ende	lateralis sinistra	3 Markstück	gross	stark bei Beginn der Geburt	I. Schädellage
16	1905 927	M. A. 32 Jahr IV p.	Ende	marginalis	fast	eröffnet	intra partum (200 g)	I. Schädellage

Zusammenfassende

Zahl der Fälle	Mutter												
	tot						Fieber						
	Sepsis		Aämmie		zusammen		bis 38,5°		über 38,5°		zusammen		von den Lebenden
	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	%
5	—	—	—	—	0	**0**	—	—	2	40	2	40	40
4	—	—	—	—	—	—	—	—	1	25	1	25	**25**
6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Sprengung.

Therapie	Entbindung		Mutter		Kind		
	Dauer Stund.	Bemerkungen	Geburt	Wochenbett	Erfolg	Gewicht, Länge	Bemerkg.
Blasensprengung, Eindrücken des Kopfes	9½	Frühgeburt infolge Sturzes	starke Blutung in die Eihäute (2000 g Blut)	Temp. bis 40,2°. Zurückbleiben von Placentarresten	†	1080 g 46 cm	tot schon vor Eintritt
Blasensprengung	3½	Lues! Placenta mit Kind geboren	gut	ohne Fieber	†	1100 g 35 cm	mac. II.°
Blasensprengung, Ritgenscher Handgriff	4½	—	leichte Nachblutg.	fieberfrei	† 1 Tg. p. p.	2000 g 45 cm	asphyktisch II.° geb. wiederbelebt
Blasensprengung	4¾	—	Nachblutg. (1900 g Blut)	Temp. bis 40,2°, Parametritis, föt. Lochien	lebt	3300 g 50 cm	—
Blasensprengung	10¾	—	gut	ohne Fieber	lebt	3570 g 53 cm	—

Tabelle.

Kind								Bemerkungen
tot				lebend				
Zahl	%	unter 2500 g	über 2500 g	Zahl	%	unter 2500 g	über 2500 g	
—	—	—	—	—	—	—	—	das zweite Zwillingskind von Fall 142, zwei schon vor Eintritt gestorbene Kinder werden ausgeschaltet, ein Fieberfall (Placentarreste) wird ebenfalls ausgeschaltet.
—	—	—	—	—	—	—	—	
4	66,6	4	—	2	33,3	—	2	
2	**50**	2	—	2	**50**	—	2	

Bei fünf Patientinnen bestand die Therapie allein in Blasensprengung. Todesfall ist keiner zu verzeichnen, wohl aber zweimal Fieber = 40 %. Da aber ein Fieberfall durch Zurückbleiben von Placentarresten bedingt war, so erscheint es mir notwendig, diesen Fall auszuscheiden; denn nur so gelangt man zu einem Resultat, das der Blasensprengung allein zugeschrieben werden darf. Es ergäbe sich dann unter vier Fällen einmal Fieber = 25 %.

Von den sechs Kindern sind vier tot = 66,6 %; zwei waren schon vor Eintritt abgestorben, es berechnet sich also die Mortalität für die Anstalt zu 50,0 %.

Tamponade

Nr.	Journal-Nr.	Name, Alter ? para	Zeitpunkt der Schwangerschaft	Sitz der Placenta	Muttermund		Blutung	Primäre Kindslage
					bei Eintritt	bei Operation		
17	1884 174	W. P. 29 Jahr IV p.	Ende	lateralis sinistra	5 Markstück gross	—	gering, kurz vor der Geburt	II. Schädellage
18	1885 545	? 19 Jahr I p.	7. Mt.	marginalis	?	—	gering, 5 Tage vor der Geburt	II. Vorderscheitellage
19	1886 384	M. L. 24 Jahr I p.	Ende	marginalis	für einen Finger durchgängig	—	stark in der I. und III. Periode	II. Schädellage
20	1886 740	? 34 Jahr X p.	6¼ Mt.	marginalis	?	—	ziemlich reichlich in der I. Periode	II. Schädellage
21	1887 536	E. B. 23 Jahr II p.	6. Mt.	lateralis	3 Markstück gross	—	kurz vor Beginn und während derselben	Steisslage
22	1888 382	? 38 Jahr XII p.	8. Mt.	lateralis sinistra	?	—	zum erstenmal 4 Tage a. p. sehr stark, während der Geburt sehr profus	II. Schädellage

Wenn auch die Anzahl von fünf bezw. sechs Fällen eine recht geringe ist, so fällt doch den ganz ohne Kunsthilfe verlaufenden Geburten gegenüber die geringere Febrilität der Mütter und vor allem die weitaus niedrigere Sterblichkeit der Früchte auf; beides schreibe ich einmal dem durchschnittlich schnelleren Geburtsverlauf, dann aber auch der blutstillenden Wirkung des Blasenstiches überhaupt zu, wodurch nicht nur das Kind vor dem tötlichen Sauerstoffmangel bewahrt, sondern auch der mütterliche Organismus resistenter gegen bakterielle Einflüsse erhalten wird.

allein.

Therapie	Entbindung		Mutter		Kind		
	Dauer Stund.	Bemerkungen	Geburt	Wochenbett	Erfolg	Gewicht, Länge	Bemerkg.
Kolpeurynter, Scheidentamponade mit Watte, Credé	12	—	gut	Temp. 38,4° in recto. Putrider Fluor (3 Tg.)	†	2700 g 50 cm	—
Tamponade, Credé	28	—	verengtes Becken	fieberlos	†	1300 g 37 cm	eine Woche vor Geburt gestorben, maceriert
Tamponade, Sublimatirrigationen von 38°, Credé sofort nach Geburt	17	—	—	afebril	†	2850 g 50 cm	maceriert
wiederholte Tamponade, Credé	14	—	300 g Blut bei Geburt 250 g bei Nachgeburt	gut	† ½ Std. p. p.	1150 g 37 cm	—
Tamponade, Credé, Expression des Kopfes	11⅓	—	—	Pleuritis Temp. bis 40,1°, sehr übelriech. Lochien	†	950 g 35 cm	—
heisse Spülungen, Kolpeuryse; da Blutung nicht steht Tamponade	76½	—	viel Blut verloren 600 g in der Klinik	† 11 Tg. p. p. Anämie, Endometrit. Parakolpitis	†	2300 g 49 cm	maceriert I.°

Nr.	Journal-Nr.	Name, Alter ? para	Zeitpunkt der Schwangerschaft	Sitz der Placenta	Muttermund		Blutung	Primäre Kindslage
					bei Eintritt	bei Operation		
23	1888 383	A. K. 38 Jahr XII p.	Ende	lateralis	für zwei Finger durchgängig	—	mehrmals stark bei Beginn der Geburt	I. Schädellage
24	1888 628	A. B. 36 Jahr XI p.	Ende	lateralis sinistra	3 Markstück gross	—	sehr stark intra partum	I. Schädellage
25	1888 668	S. G. 37 Jahr XI p.	7. Mt.	lateralis dextra	3 Markstück gross	—	stark seit 8 Tagen vor der Geburt	II. Steisslage
26	1889 198	E. B. 27 Jahr I p.	6. Mt.	lateralis	1 Markstück gross	—	3 Wochen und 8 Tage ante partum, erneute Blutung bei Beginn der Geburt	II. Steisslage
27	1889 712	? 35 Jahr V p.	9. Mt.	lateralis	?	—	14 und 3 Tage a. p., etwas Blutung, intra partum stark	II. Schädellage
28	1889 896	M. R. 37 Jahr X p.	8. Mt.	centralis	für zwei Finger durchgängig	—	zum erstenmal 1 Woche a. p., dann starke andauernde Blutung, 1 Tag a. p.	II. Schädellage
29	1890 891	R. A 26 Jahr II p.	8. Mt.	lateralis sinistra	für zwei Finger durchgängig	—	schon häufig in gravidate (aber als Menses angegeben) jeden Monat ein paar Tage, seit 6 Tg. a. p. mässig	II. Schädellage
30	1891 681	A. Z 32 Jahr VII p.	Ende	lateralis sinistra	3 Markstück gross	—	sehr stark während der Geburt	II. Schädellage

Therapie	Entbindung		Mutter		Kind		
	Dauer Stund.	Bemerkungen	Geburt	Wochenbett	Erfolg	Gewicht, Länge	Bemerkg.
Tamponade (poliklinisch)	36	—	—	Temp. bis 40,6°, Endocarditis	† bald p. p.	3000 g 52 cm	hochgradig. Asphyxie
Tamponade, Credé	21	—	starker Blutverlust	afebril	† bald p. p.	4300 g 53 cm	cyanotisch geboren
Tamponade, Credé	7 3/4	—	—	† 5 1/2 Tg. p. p. Anämie, Myodegeneratio cordis, Herzfehler, eitrige, föt. Lochien, Temperat. bis 41°.	†	750 g 45 cm (?)	maceriert
Tamponade, leichter Credé	10	—	—	ohne Fieber	† bald p. p.	1300 g 33 cm	—
Tamponade, Credé	35	—	erhebliche Blutung	fieberlos	lebt	2440 g 45 cm	—
Tamponade	67 1/2	—	sehr starker Blutverlust	Temp. 39,8°, Parametrit. dextra, föt. Lochien	†	1750 g 41 cm	—
heisse Spülungen, Wattetamponade	2 3/4	—	—	fieberfrei	lebt	1740 g 41 cm	—
heisse Spülungen und zweimal Tamponade durch Arzt ausserhalb, ebenso zweimal in der Anstalt, Credé	48	—	profuse Blutung	ohne Fieber	lebt	2700 g 49 cm	—

Nr.	Journal-Nr.	Name, Alter ? para	Zeitpunkt der Schwangerschaft	Sitz der Placenta	Muttermund		Blutung	Primäre Kindslage
					bei Eintritt	bei Operation		
31	1892 172	M. W 32 Jahr VII p.	9 Mt	lateralis dextra	fast völlig erweitert	—	dreimal in den letzten Tagen der Gravidität leicht, 1 Tag a. p. stark	I. Schädellage
32	1893 239	M. W. 42 Jahr XIV p.	10. Mt.	lateralis	?	—	mehrfach stark in den letzten 14 Tagen der Gravidität, bei Beginn der Geburt mässig	?
33	1893 938	B. B. 41 Jahr IX p.	10. Mt.	marginalis	1 Markstück gross	—	sehr starke Blutungen in graviditate	?
34	1894 176	W. M. 23 Jahr IV p.	10. Mt.	centralis	3 Markstück gross	—	im 2., 4. und 5. Monat mässig, am Tage der Geburt sehr heftig (angeblich 2 Liter)	I. Schädellage
35	1894 582	Th. R. 25 Jahr II p.	Ende	lateralis sinistra	für zwei Finger durchgängig	—	2 Tage ante partum heftige Blutung	I. Schädellage
36	1896 678	M B. 34 Jahr V p.	Ende	lateralis	für zwei Finger durchgängig	—	mässig bei Beginn der Geburt, wiederholt stärkere Blutung intra part.	II. Schädellage
37	1900 1170	J. E. 31 Jahr III p.	6. Mt.	marginalis	für zwei Finger durchgängig	—	seit 3 Wochen ziemlich stark (Ohnmacht)	?

Therapie	Entbindung		Mutter		Kind		
	Dauer Stund.	Bemerkungen	Geburt	Wochenbett	Erfolg	Gewicht, Länge	Bemerkg.
Tamponade der Scheide	11	—	Nachblutg. (600 g)	fieberlos	lebt	2250 g 45 cm	—
zweimal Scheidentamponade, mehrfacher Credé, nicht gelungen, manuelle Lösung am anderen Tag	49	—	Temperatur bis 39,5°, Schüttelfrost, starke Anämie, Verhaltung d. Placenta, putrider Ausfluss	hohes Fieber † 8 Tg. p. p. Septicämie	lebt	2625 g 50 cm	asphyktisch II.° geboren
Tamponade poliklinisch und in der Anstalt	?	zum viertenmal Placenta praevia!	† Ruptura uteri intra partum, Peritonitis, Austritt des Kindes in die Bauchhöhle, Bluterguss in dieselbe	—	†	2360 g ?	maceriert, schon vor Eintritt gestorben
Scheidentamponade (ausserhalb)	1	Uterus arcuatus!	Placenta zuerst geb.	ohne Fieber	† intra part.	2000 g 49 cm	Insertio velamentos.
dreimal Scheidentamponade	44	—	—	kein Fieber	lebt	3125 g 52 cm	—
dreimal Tamponade, Credé	11½	Nabelschnurvorfall	heftige atonische Nachblutg.	fieberlos	† intra part.	2750 g 52 cm	—
zweimal Tamponade	8	—	starke Anämie	normal	†	450 g 30 cm	—

Nr.	Journal-Nr.	Name, Alter ? para	Zeitpunkt der Schwangerschaft	Sitz der Placenta	Muttermund		Blutung	Primäre Kindslage
					bei Eintritt	bei Operation		
38	1903 31	C. K. 43 Jahr I p.	8. Mt.	lateralis dextra	für einen Finger passierbar	—	1. Blutung 14 Tage a. p., 2. Blutung 1 Tag a. p. sehr stark	II. Schädellage
39	1904 422 b	F. K. 31 Jahr VII p.	10. Mt. Anfang	lateralis	für einen Finger durchgängig	—	1 Tag ante exitum sehr stark (Ohnmachten!)	?
40	1905 22	W. P. 35 Jahr VIII p.	4. Mt.	lateralis	für zwei Finger durchgängig	—	seit 4 Wochen andauernd, seit 8 Tagen stark	?

Zusammenfassende

Zahl der Fälle	Mutter												
	tot						Fieber						
	Sepsis		Anämie		zusammen		bis 38,5°		über 38,5°		zusammen		von den Lebenden
	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	%
24	3	12,5	3	12,5	6	25	1	4,1	3	12,5	4	16,6	**22,2**
22	1	4,5	3	13,6	4	**18,1**	—	—	—	—	—	—	—
20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Von den 24 Müttern starben 6 = 25 %. Allerdings sind darunter zwei Fälle von Sepsis (eine manuelle Placentarlösung nach einem Tag und eine Entfernung der Placenta durch Currettage nach vier Tagen), die doch wohl ausgeschaltet werden müssen, wodurch die Mortalität auf 18,1 % sinkt.

Therapie	Entbindung		Mutter		Kind		
	Dauer Stund.	Bemerkungen	Geburt	Wochenbett	Erfolg	Gewicht, Länge	Bemerkg.
zweimal Tamponade durch Arzt ausserhalb, Tamponade poliklinisch	21¾	—	—	fieberlos	†	1350 g 39 cm	—
Tamponade ausserhalb und in der Anstalt	?	kommt völlig ausgeblutet herein	† während der Tamponade	—	†	?	Kind nicht geboren
ausserhalb von Arzt untersucht, Tamponade der Cervix und Vagina in der Anstalt. Nach Ausstossung der Frucht dreimal Tamponade von Cervix und Vagina, nach 4 Tagen Entfernung der Placenta durch Curettement	?	Abort!	Fieber bis 40,1°, Verhaltung der Placenta	Temperat. bis 39,5°. † 9 Tg. p. p. Peritonitis, Salpingitis	†	200 g 20 cm	tot schon vor Eintritt

Tabelle.

Kind								Bemerkungen
tot				lebend				
Zahl	%	unter 2500 g	über 2500 g	Zahl	%	unter 2500 g	über 2500 g	
18	75	12	6	6	25	3	3	4 Kinder, schon vor Eintritt tot, werden ausgeschaltet. Ein Fieberfall, durch Pleuritis bedingt, wird trotzdem als solcher gerechnet, da auch übelriechende Lochien vorhanden. Eine manuelle Placentalösung nach 1 Tag und eine Entfernung der Placenta durch Curettement nach 4 Tagen, beide an Sepsis gestorben, werden ausgeschaltet
—	—	—	—	—	—	—	—	
14	**70**	8	6	6	**30**	3	3	

Fieber hatten 4 = 16,6 % sämtlicher Tamponierten oder 22,2 % der Lebenden. Zu den Fieberfällen wurde auch ein Fall von Pleuritis gerechnet, weil zugleich übelriechende Lochien vorhanden waren.

18 der 24 Kinder starben, was 75 % Mortalität ausmacht. Bringt man die vier

schon ausserhalb der Klinik gestorbenen Kinder in Abzug, so ergibt sich für die Anstalt eine Sterblichkeit von 70 %.

Diese Ergebnisse sind zweifellos schlechtere als wie die bei Blasensprengung (50 %). Ob dies nun auf einer besseren Blutstillung oder grösseren Beschleunigung der Geburt durch den Eihautstich beruht, wage ich nicht zu entscheiden. Der Einfluss des Blasenstiches aber erscheint mir unverkennbar; denn die Resultate für die Kinder bessern sich sofort um 10 %, wenn er zur Tamponade hinzutritt, wie weiter unten zu ersehen ist.

Bei der Tamponade haben wir es zum erstenmal auch mit Todesfällen der Mütter zu tun, und zwar einmal durch Sepsis (Uterusruptur vielleicht durch Tamponade bedingt!) und dreimal durch Anämie: einmal war die Frau so ausgeblutet, dass sie während der Tamponade in der Anstalt starb, das andere Mal trat der Tod nach 5½ Tagen (bei der Sektion wurden auch ein Herzfehler und Myodegeneratio cordis festgestellt) und bei der dritten Frau nach acht Tagen post partum ein; hier ergab die Obduktion auch noch Endometritis cervicalis und Parakolpitis.

Natürlich sterben die Frauen, wenn sie nicht schon während der Geburt an dem akuten Blutverlust zu Grunde gehen, selten an der Anämie allein; meistens sind auch noch septische Erscheinungen irgendwelcher Art zu beobachten. Aber man darf als

Tamponade mit

Nr.	Journal-Nr.	Name, Alter ? para	Zeitpunkt der Schwangerschaft	Sitz der Placenta	Muttermund		Blutung	Primäre Kindslage
					bei Eintritt	bei Operation		
41	1884 124	L. M. 22 Jahr III p.	Ende	centralis	2 Markstück gross	—	5 und 3 Wochen a. p. leichte, zuletzt aber profuse Blutung, während der Geburt mässig	I. Schädellage
42	1885 221	? 23 Jahr IV p.	4½ Mt.	lateralis dextra	?	—	stark (nähere Angab. fehlen)	Schädellage
43	1886 221	A. H. 23 Jahr IV p.	5. Mt.	lateralis	für zwei Finger durchgängig	—	schon seit 6 Wochen Blutung in wechselnder Häufigkeit und Stärke, in der I. Geburtperiode stark	II. Steisslage
44	1889 776	A. E. 37 Jahr III p.	Ende	lateralis	5 Markstück gross	—	stark bei Beginn der Geburt	II. Schädellage

die hauptsächlichste Todesursache doch wohl die hochgradige Blutarmut annehmen, da der Körper infolge des dadurch bedingten Mangels an Schutzstoffen der geringsten Infektion erliegt.

Es wäre selbstverständlich durchaus nicht richtig, wollte man die Tamponade so ohne weiteres für ihre höhere Sterblichkeit und immerhin beträchtliche Febrilität verantwortlich machen und ihre Ergebnisse denen der rein spontan oder nur mit Blasenstich verlaufenen Geburten gegenüberstellen. Es sind eben schon schwerere Fälle, die tamponiert werden müssen, und bei denen ist die Gefahr der Verblutung natürlich eine grössere. Etwas anders steht es mit dem Todesfall durch Sepsis. Der scheint ja auf eine gewisse Gefahr der Methode hinzuweisen. Genauer auf diese Frage soll etwas später eingegangen werden, wenn die Resultate der mit Blasensprengung kombinierten Tamponade vorliegen.

Der Grund, warum ich diese eigene, vielleicht unnötig erscheinende Gruppe aufgestellt und sie nicht gleich zur Tamponade genommen habe, liegt darin, dass ich möglichst reine, ungetrübte Resultate haben wollte. So klein nun auch manchmal der Eingriff des Eihautstiches sein mag, so weiss man eben doch bei zweierlei Therapie nicht sicher, welcher man die Schuld an eventuell aufgetretenem Fieber oder Sepsis beimessen soll, und die Ergebnisse sind unsichere.

Blasensprengung.

Therapie	Entbindung		Mutter		Kind		
	Dauer Stund.	Bemerkungen	Geburt	Wochenbett	Erfolg	Gewicht, Länge	Bemerkg.
Tamponade durch Hebamme, Kolpeuryse, Blasensprengung mit Perforation der Placenta, nochmals Kolpeuryse, Tamponade, Credé	10	—	Kollaps	ohne Fieber	† intra part.	3750 g 50 cm	—
Kolpeuryse, Blasenstich, Tamponade	51½	—	Temperat. post part. 39,4°	fieberlos	† intra part.	450 g 26 cm	—
zuerst absolute Ruhe, dann Kolpeuryse, Blasensprengung, Tamponade	24	—	starke Blutung	Temperat. nicht über 38,2°	†	450 g 26 cm	schon vor Eintritt gestorben
Tamponade (ausserhalb), Blasensprengung, nochmals Tamponade	18	—	grosser Blutverlust	† an Febris puerperalis	†	3150 g 50 cm	—

Nr.	Journal-Nr.	Name, Alter ? para	Zeitpunkt der Schwangerschaft	Sitz der Placenta	Muttermund		Blutung	Primäre Kindslage
					bei Eintritt	bei Operation		
45	1894 926	W. A. 42 Jahr VI p.	Ende	lateralis dextra	5 Markstück gross	Handteller-gross bei Eihautstich	mehrmals stark, 1 Tag a. p.	I. Schädellage
46	1898 869	Th. H. 29 Jahr VII p.	9. Mt.	lateralis sinistra	3 Markstück	gross	im 4. und 7. Monat gering, intra partum sehr stark	II. Schädellage
47	1899 247	M. N. 35 Jahr II p.	Ende	lateralis dextra	für zwei	Finger auch bei Blasenstich	seit dem 5. Monat jeden Monat, stark seit Beginn der Geburt	I. Schädellage
48	1904 464	F. H. 37 Jahr VII p.	9. Mt.	lateralis	für zwei	Finger auch bei Blasenstich	bei Beginn der Geburt ¼ Liter, Intra partum wenig, aber am Schlusse viele Coagula mit Kind ausgestossen	I. Schädellage
49	1904 487	M. E. 42 Jahr XI p.	9. Mt.	lateralis dextra	für zwei	Finger auch bei Eihautstich	sehr stark kurz vor Beginn der Geburt und ebenso nach Blasensprengung	I. Schädellage
50	1904 499	K. K. 22 Jahr I p.	Ende	lateralis	für einen Finger durchgängig	für zwei Finger bei Wendungsversuch	seit 1½ Stunden vor Einlieferung	I. Schädellage
51	1904 515	L. H. 20 Jahr I p	8. Mt. (Ende)	centralis	für zwei Finger durchgängig	—	stark bei Beginn der Geburt, intra partum mehrmals abundant	Schädellage
52	1904 617	C. B. 36 Jahr X p.	Ende	lateralis dextra	5 Markstück gross	—	stark während der Geburt	?
53	1905 662	F. F. 31 Jahr III p	Ende	lateralis	5 Markstück	gross bei Blasensprengung	sehr stark dreimal am Tage der Einlieferung, ebenso intra partum	II. Schädellage

Therapie	Entbindung		Mutter		Kind		
	Dauer Stund.	Bemerkungen	Geburt	Wochenbett	Erfolg	Gewicht, Länge	Bemerkg.
Scheidentamponade, Blasensprengung, Credé	15	—	leichte Nachblutg.	fieberfrei	†	3000 g 52 cm	—
zweimal Tamponade (ausserhalb), Blasensprengung (in der Anstalt)	67	Geburt; 13 Stunden nach Eihautschnitt	profuse Blutung	ohne Fieber	lebt	2750 g 47 cm	—
Blasensprengung und Wattetamponade, Credéversuch auch in Narkose, manuelle Placentalösung, Uterustamponade	24	—	Nachblutg. starker Blutverlust (1500 g) Kollaps	Temperat. bis 39°, fötide Lochien	lebt	3200 g 51 cm	—
Blasensprengung, Tamponade der Scheide und Cervix	7 3/4	—	—	ohne Temperat.-Steigerung	†	2250 g 47 cm	tot schon vor Eintritt, maceriert I.°
von der Hebamme ausserhalb innerlich untersucht, Blasensprengung, Tamponade der Scheide und der Cervix wegen starker Blutung	13	—	—	normal	lebt	1890 g 45,5 cm	—
Blasensprengung, Tamponade von Cervix und Vagina, missglückter Versuch nach Braxton-Hicks zu wenden, Tamponade der Cervix und Vagina, Credé	57	—	1mal Temp. 38,2°, Eiweiss im Urin	ohne Fieber	lebt	2570 g 49 cm	—
Tamponade der Cervix und Vagina, Perforation der Plac., Blasensprengung, Tamponade	54	Vorfall der pulslosen Nabelschnur	starke Anämie	Temperat. bis 40,5°, Diphtherie! isoliert!	†	1230 g 41 cm	tot schon vor Eintritt
Tamponade ausserhalb, Tamponade in der Anstalt, missglückter Braxton-Hicks, Tamponade, Credé	5	Armvorfall	Kollaps, Nachblutg. † 3 Std. p. p. an Anämie	—	†	2720 g 49 cm	—
zweimal Tamponade ausserhalb, Sprengung der Blase, Scheidentamponade, Credé, Uterustamponade wegen Nachblutung	24	—	Nachblutg. † 2 Std. p. p.	—	† gleich p. p.	3200 g 54 cm	—

Zusammenfassende

Zahl der Fälle	Mutter													
	tot						Fieber							
	Sepsis		Anämie		zusammen		bis 38,5°		über 38,5°		zusammen		von den Lebenden	
	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	%	
13	1	7,7	2	15,4	3	**23,1**	1	7,7	2	15,4	3	23,1	30,0	
11		—		—		—	1	9,0	—	—	1	9,0	**12,5**	
10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	

Von den 13 so behandelten Frauen starben eine an Sepsis, zwei an Anämie, zusammen also 23,1 %. Fieber hatten drei, was 30 % der Lebenden ausmacht. Darunter waren aber eine Dyphtherie und eine manuelle Placentarlösung, die natürlich nicht der Behandlung mit Tamponade zur Last gelegt werden können, so dass wir eine Morbidität der Lebenden von 12,5 % erhalten.

Diese Resultate sind sehr gut, zumal wenn man bedenkt, dass meistens nach der Blasensprengung nochmals tamponiert wurde, und es liegt nahe, die Ursache dafür in der grösseren Beschleunigung der Geburt nach dem Eihautstich zu sehen.

Freilich will diese Überlegung nicht ganz mit der oben angegebenen Febrilität von 25 % bei alleiniger Blasensprengung stimmen, aber man muss eben bedenken, dass letztere Zahl aus einem Material von nur vier Fällen gewonnen ist und infolgedessen wohl kaum das richtige Verhältnis angeben dürfte.

Die Todesfälle unter den Kindern betrugen 9 von 13 = 69,2 % oder für die Klinik, da drei Kinder schon beim Eintritt tot waren, 6 von 10 = 60 %. Auf diese Verbesserung gegenüber dem mit alleiniger Tamponade erhaltenen Resultat habe ich schon im vorigen hingewiesen.

Nachdem ich die Erfolge der alleinigen bezw. nur mit Blasensprengung kombinierten Tamponade besprochen habe, scheint mir gerade jetzt, bevor ich zu den übrigen Arten der Therapie übergehe, eine Untersuchung ganz angebracht, ob und in welchem Sinne die Tamponade überhaupt den Geburts- und Wochenbettverlauf beeinflusst.

Eben die Tamponade ist ja der am meisten umstrittene Punkt in der ganzen Placenta praevia-Behandlung. Von den einen schroff abgelehnt oder nur im äussersten Notfall gestattet (z. B. von Fritsch, Hofmeier, Dührssen, Strassmann, R. Freund), wird sie von anderen (Bumm, Zweifel, v. Winckel u. a.) wieder empfohlen, wenn auch die einzelnen Autoren in der Art der Ausführung (Jodoformgaze, nasse sterile Gaze oder Kolpeurynter) voneinander abweichen.

Tabelle.

Kind								Bemerkungen
tot				lebend				
Zahl	%	unter 2500 g	über 2500 g	Zahl	%	unter 2500 g	über 2500 g	
9	69,2	4	5	4	30,8	1	3	3 Kinder, schon vor Eintritt abgestorben, werden ausgeschaltet. Ein Fieberfall durch Diphtherie bedingt, ein anderer mit manueller Placentalösung. Diese beiden Fälle ebenfalls ausser Rechnung gesetzt
—	—	—	—	—	—	—	—	
6	**60,0**	1	5	4	**40,0**	3	3	

Für den Praktiker wird diese Frage besonders brennend sein; denn dieser hat in der Ausstopfung der Scheide und des Mutterhalses ein bequemes Mittel, um seine Patientinnen auf dem Transport vor Blutverlusten zu schützen oder abzuwarten, bis der Muttermund zur kombinierten Wendung genügend erweitert ist, während sich die Metreuryse wegen der anscheinend oft nicht geringen Schwierigkeiten, die sie bereitet, nicht so schnell und allgemein einbürgern wird.

Für die 101 Fälle, bei denen überhaupt irgend einmal tamponiert wurde, ergab sich mir die folgende Tabelle (siehe Seite 30).

Aus dieser geht hervor, dass hinsichtlich des Fiebers sowohl, als auch was die Todesfälle an Sepsis anbelangt, die Resultate am besten sind bei Anstaltsbehandlung, weitaus am schlechtesten in der Poliklinik, während die ausserhalb der Klinik und Poliklinik tamponierten Fälle zwischen jenen beiden stehen. Die Erfolge der Klinik würden meiner Ansicht nach noch bedeutend bessere sein, wenn zwei der Todesfälle nicht durch so schwere Adhärenz der Placenta kompliziert gewesen wären, und wenn, was offen zugestanden werden muss, früher als ein bezw. vier Tage p. p. die Placenta entfernt worden wäre. Da aber für diese Umstände wohl nicht die Tamponade als solche verantwortlich gemacht werden kann, so setze ich, schon um meinem früheren Verfahren treu zu bleiben, diese beiden Todesfälle ausser Berechnung, wodurch sich die Mortalität an Sepsis auf 2,1 % verringert.

Auch von den 16 Fieberfällen kommen drei (einer Retention von Eihautresten, einer Phlegmone an den Injektionsstellen und einer Dyphtherie) nicht in Betracht, während die Pleuritis, da doch fötide Lochien vorhanden waren, zu den Fieberfällen gerechnet werden soll. Wir haben dann eine Morbidität von 13 : 47 = 27,6 % oder, nach Abzug der drei Todesfälle: 13 : 44 = 29,5 % der Lebenden.

Die ungünstigen Zahlen der Poliklinik (28,5 % Mortalität und 80 % bezw. nach Ausschaltung der sicher durch Tuberkulose bedingten Temperatursteigerung, 75 % Febrilität) lassen sich leicht verstehen, wenn man bedenkt, dass gerade hier die schwersten

Einfluss der Tamponade überhaupt.

tamponiert	Anzahl	Tod an Sepsis		Fieber						von den Lebenden	Bemerkungen
				bis 38,5°		über 38,5°		zusammen			
		Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	%	
nur in der **Anstalt**	50	3	6,0	4	8,0	12	24,0	16	32,0	34,0	Bei zwei Todesfällen, die ausgeschaltet werd., einmal manuelle Ausräumung der Placenta nach 1 Tag, das andere Mal instrumentelle durch Curretage nach 4 Tg. Vier Fieberfälle kompliz. durch Pleuritis (aber fötide Lochien), Retention von Eihautresten, Phlegmone u. Diphtherie; diese letzteren drei ebenfalls ausgeschaltet
	48	1	**2,1**	—	—	—	—	—	—	—	
	47	—	—	—	—	—	—	13	27,6	**29,5**	
nur oder schon vorher **auswärts**	44	4	**9,1**	3	6,8	14	31,8	17	38,6	42,5	Bei einem Todesfall Retention von Eihautresten. Unter den Fieberfällen eine Pneumonie (aber fötide Lochien!) und zwei manuelle Placentalösung.; diese letzten beiden werden ausser Rechnung gesetzt
	42	—	—	—	—	—	—	15	35,7	**39,4**	
nur oder schon vorher **poliklinisch**	7	2	**28,5**	—	—	4	57,1	4	57,1	80,0	Ein Todesfall durch Ruptura uteri (durch Tamponade bedingt?). Ein Fieberfall durch Tuberkulose, dieser wird ausgeschaltet
	6	—	—	—	—	—	—	3	50,0	**75,0**	
Summa	101	9	8,9	7	6,9	30	29,7	37	36,6	40,2	Die vier nicht hergehörig. Fieberfälle und die zwei manuellen Placentalösungen werden ausgeschalt., ebenso die zwei Todesfälle mit manueller und instrumentelle Ausräumg. d. Placenta
	95	—	—	—	—	—	—	31	32,6	**36,0**	
	99	7	**7,0**	—	—	—	—	—	—	—	

Fälle und zwar oft unter den misslichsten häuslichen Verhältnissen zur Behandlung kommen. Ausserdem ist zu erwägen, dass bei der geringen Anzahl von sieben Fällen, die Fehler einer Statistik wachsen müssen und infolgedessen die erhaltenen Zahlen nicht Anspruch auf allgemeine Gültigkeit erheben können. Strassmann gibt in seiner Statistik bei 27 poliklinischen Tamponaden 8 = 29,6% Fiebernde und 1 = 3,7% Todesfälle an Sepsis an. Dieses Resultat ist viel günstiger als das meinige und verdient wohl mehr Vertrauen, da es sich anf ein grösseres Material stützt.

Erstaunt war ich, keinen grösseren Unterschied zwischen den Erfolgen der auswärtigen und in der Klinik ausgeführten Tamponaden zu finden. Dies wird noch

auffälliger, wenn man bedenkt, dass die schon auswärts tamponierten Frauen viel häufiger als wie die erst in der Klinik tamponierten auch auswärts innerlich untersucht sein werden, schon um die Tamponade überhaupt zu rechtfertigen.

Ist nun auch die Differenz keine so markante, so besteht sie doch auf jeden Fall und zwar zu Gunsten der Anstaltsbehandlung.

Wenn ich mein Gesamtresultat mit dem Strassmanns vergleiche und zwar ohne Abzug der eventuell auch durch andere Massnahmen bedingten oder sonstwie komplizierten Fieberfälle (Strassmann hat diese wohl auch nicht ausgeschaltet), so kommen sich die entsprechenden Zahlen ziemlich nahe: Strassmann verliert 7,95% sämtlicher Tamponaden an Sepsis, nach meiner Berechnung sind es 8,9%; ferner findet er 34,9% Fieberfälle, ich 36,6%.

Um das Kapitel der Tamponade völlig zu erschöpfen, muss ich jetzt etwas vorgreifen. Es handelt sich darum, die Resultate der übrigen Methoden (wie kombinierten oder inneren Wendung oder Herabholen eines Fusses mit und ohne Extraktion) bei vorhergehender Tamponade mit den Erfolgen zu vergleichen, die mit den nämlichen Methoden erzielt wurden, ohne dass vorher tamponiert worden wäre.

Diese Gegenüberstellung erscheint mir um so berechtigter als man ja bei den oft auf die verschiedenste Art behandelten Fällen nicht weiss, auf Rechnung welches Eingriffes eine eventuelle Infektion zu setzen ist. Ich konnte folgende Tabelle zusammenstellen:

Operation	Tamponade	Zahl der Fälle	Tod an Sepsis		Fieber						von den Lebenden	Bemerkungen
					bis 38,5°		über 38,5°		zusammen			
			Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	%	
I. kombinierte Wendung ohne Extraktion	ohne	11	—	**0**	—	—	3	27,2	3	27,2	27,2	eine manuelle Plac.-Lösung ausgeschalt.
		10	—	—	—	—	2	20	2	20	**20**	
	mit	17	1	**6**	1	6	8	47	9	53	**56,2**	
II. kombinierte Wendung mit Extraktion	ohne	3	—	**0**	—	—	—	—	—	—	**0**	
	mit	8	—	**0**	2	25	4	50	6	75	75	eine manuelle Lösg. und eine Phlegmone ausgeschaltet
		6	—	—	1	16.7	3	50	4	66,7	**66,7**	
III. innere Wendung ohne Extraktion	ohne	6	—	**0**	—	—	1	16,6	1	16,6	**16,6**	
	mit	7	1	**14,3**	—	—	3	42,8	3	42,8	50	ein Fieberfall durch Tuberkulose ausgeschaltet
		6	—	—	—	—	2	33.3	2	33,3	**40**	

Operation	Tamponade	Zahl der Fälle	Tod an Sepsis		Fieber						von den Lebenden	Bemerkungen
					bis 38,5°		über 38,5°		zusammen			
			Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	%	
IV. innere Wendung mit Extraktion	ohne	5	—	**0**	1	20	1	20	2	40	**40**	
	mit	13	2	**15,4**	2	15,4	4	30,8	6	46,1	**54,5**	
V. Herabholen eines Fusses ohne Extraktion	ohne	4	—	**0**	2	50	—	—	2	50	**50**	
	mit	3	—	**0**	—	—	1	33,3	1	33,3	**33,3**	
VI. Herabholen eines Fusses mit Extraktion	ohne	3	—	**0**	—	—	2	66,6	2	66,6	**66,6**	
	mit	5	—	**0**	—	—	4	80	4	80	80	eine manuelle Lösg. u. eine Eihautretention ausgeschaltet
		3	—	—	—	—	2	66,6	2	66,6	**66,6**	

Kombinierte Wendung

Nr.	Journal-Nr.	Name, Alter ? para	Zeitpunkt der Schwangerschaft	Sitz der Placenta	Muttermund		Blutung	Primäre Kindslage
					bei Eintritt	bei Operation		
54	1886 794	? 33 Jahr VIII p.	6½ Mt.	lateralis	?	?	starke Blutung intra partum	II. Schädellage
55	1896 20	C. P. 35 Jahr X p.	9. Mt.	centralis	5 Markstück	gross	erste Blutung 8 Tg. a. p. von 2 Std. Dauer, starke Blutung mit einzelnen Unterbrechungen b. Beginn der Geburt	II. Schieflage 2. Unterart.
56	1897 293	R. W. 23 Jahr IV p.	9. Mt.	centralis	für zwei Finger	durchgängig	stark intra partum	II. Schädellage

Aus dieser kann man ersehen, dass bei den ersten vier Gruppen sich die Resultate hinsichtlich der Mortalität (mit Ausnahme der Gruppe II) und Febrilität ganz erheblich verschlechtern, wenn eine Tomponade vorherging und zwar mit einer solchen Regelmässigkeit, dass man wohl nicht mehr von Zufall sprechen kann. Nur bei Gruppe V scheint die Sache umgekehrt zu liegen. Dazu ist aber zu bemerken, dass die beiden Fieberfälle ohne Tamponade nur ganz leichte Temperatursteigerungen waren, während der Fieberfall mit vorhergehender Tamponade Temperaturen bis 40,7° aufwies; allerdings war bei diesem auch wieder die Metreuryse gemacht worden. Bei Gruppe VI sind die Ergebnisse gleich. Auf diese beiden letzten Gruppen, die nur der Vollständigkeit halber beigefügt werden, möchte ich aber überhaupt verzichten, weil sie wieder nur sehr wenig Fälle enthalten. Mir scheinen die ersten vier Gruppen so deutlich zu reden, dass ich mir schon die Behauptung aufzustellen getraue: Bei den Fällen der hiesigen Klinik hat die Tamponade die Erfolge der anderen noch vorgenommenen therapeutischen Eingriffe erheblich ungünstig beeinflusst.

Ich komme nunmehr zur Besprechung der bis jetzt noch immer souveränen Behandlungsweise der Placenta praevia, der kombinierten Wendung nach Braxton-Hicks.

Im allgemeinen will ich vorausschicken, dass ich im folgenden streng unterschieden habe, ob sich der Wendung auch die Extraktion anschloss oder nicht; letztere ist für mich eine ganz gesondert zu würdigende, eigene Operation von einschneidender Wirkung. Kopf- und Armlösung allein wurden nicht als Extraktion gerechnet, weil doch, bis es dahin kommen kann, der Muttermund völlig erweitert sein muss, und die Gefahr der Zerreissung bei vorsichtigem Vorgehen wesentlich herabgesetzt ist.

ohne Extraktion.

Therapie	Entbindung		Mutter		Kind		
	Dauer Stund.	Bemerkungen	Geburt	Wochenbett	Erfolg	Gewicht, Länge	Bemerkg.
Kolpeuryse, Tamponade, Eihautstich und kombinierte Wendung	?	—	300 g Blut bei Geburt, 250 g bei Nachgeburt	fieberfrei	† ½ Std. p. p.	1150 g 37 cm	—
Perforation der Placenta, Wendung nach Braxton-Hicks, Tamponade mit Steiss, Credé	?	Geburt 3¼ Std. nach Operation, pulslose Nabelschnur nach Perforation der Placenta vorgefallen	starker Blutverlust (900 g)	Temperat. bis 40,5°, Parametr. druckempfindlich	† intra partum nach Perfor. der Plac.	2200 g 47 cm	—
Tamponade (ausserhalb), Perforation der Placenta, Braxton-Hicks, später Entwicklung des Kopfes	6½	—	starker Blutverlust	ohne Fieber	† intra partum nach Wendg.	1600 g 46 cm	—

Nr.	Journal-Nr.	Name, Alter ? para	Zeitpunkt der Schwangerschaft	Sitz der Placenta	Muttermund		Blutung	Primäre Kindslage
					bei Eintritt	bei Operation		
57	1897 694	B. L. 35 Jahr V p.	9. Mt.	centralis	für zwei Finger	durchgängig	3 Wochen a. p. schwach, am 3. Tage a. p. zweimal stark, deshalb Wendung	II. Schädellage
58	1897 1091	K. W. 36 Jahr VIII p.	Ende	lateralis sinistra	5 Markstück	gross	stark intra partum	I. dorso-post. Querlage
59	1898 653	M. Sch. 38 Jahr X p.	Ende	lateralis sinistra	für einen Finger durch-	für drei Finger gängig	intra partum stark	Schieflage II a
60	1898 1215	F. Sch. 29 Jahr III p.	Ende	lateralis	2 Markstück gross	5 Markstück gross	intra partum Stärke?	Schieflage I a
61	1899 56	M. B. 22 Jahr II p.	8. Mt.	lateralis sinistra	für zwei Finger	durchgängig	8 Tage und 1 Tag a. p. sehr stark, ebenso bei Wehenbeginn	II. Schädellage
62	1899 134	M. N. 23 Jahr II p.	Ende	lateralis	fast eröffnet	?	leicht 3 Tage a. p., stark bei Beginn der Geburt	Schädellage
63	1899 177	Th. W. 37 Jahr VII p.	Ende	lateralis	für einen Finger durch-	für zwei Finger gängig	mässig im 9. Monat, sehr stark bei Beginn der Geburt	II. Schädellage
64	1899 1085	K. L. 42 Jahr XIX p.	9. Mt.	lateralis dextra	für zwei Finger	durchgängig	sehr oft in d. Schwangerschaft, seit 2 Tagen sehr stark	I. Schädellage

Therapie	Entbindung		Mutter		Kind		
	Dauer Stund.	Bemerkungen	Geburt	Wochenbett	Erfolg	Gewicht, Länge	Bemerkg.
Tamponade ausserhalb und in der Anstalt, nach Perforation der Placenta sogleich Braxton-Hicks-Credé	46 nach Wendung	2 Stunden nach Operation traten Wehen auf	Temperat. bis 41,3°, Schüttelfr., Tympania uteri, übler Geruch aus den Genital.	4 Tg. p. p., Pneumonie, Temperat. bis 41,4°, fötide Lochien	†	2500 g 51 cm	tot schon vor Eintritt, I.° maceriert
Braxton-Hicks, nach 1/2 Stunde Expression des Kopfes und Rumpfes wegen Nabelschnurkomplikation	10 1/2	Plac. erscheint mit Kind, letzteres reitet auf Nabelschnur	ziemlicher Blutverlust	fieberlos	† intra part.	2650 g 51 cm	—
Tamponade mit Watte, Braxton-Hicks nach Sprengung der Eihäute, Armlösung und Kopfentwicklung nach 2 3/4 Stunden	26	Geburt 2 3/4 Std. nach Wendung	starke Blutung	ohne Fieber, zweimal Blutabgang	† nach Wendung	2900 g 51 cm	—
Blasensprengung, da aber Blutung fortdauert, Braxton-Hicks	13 1/2	Geburt 1 1/4 Std. nach Operation	—	kein Fieber	† nach Wendg.	2850 g 50 cm	—
Blasensprengung und sofort Braxton-Hicks, nach 3 1/2 Stund. Kopflösung, Credé	15	—	—	fieberlos	† nach Wendg.	1800 g 43,5 cm	—
Tamponade und Braxton-Hicks ausserhalb, in der Anstalt Entwicklung d. Kopfes nach 5 Std., Credé, manuelle Lösung eines Plac.-Restes, Uterustamponade wegen Nachblutung	11	—	starker Blutverlust (2 Liter!) Delierien, kein Fieber	einmal Temperat. bis 38°	†	3100 g 49 cm	schon tot bei Aufnahme
Tamponade ausserhalb, Tamponade der Cervix und Vagina in der Anstalt, Blasensprengung u. sogleich Braxton-Hicks, nach 2 Std. Entwicklung des Kopfes, Credé, Tamp. wegen Nachblutg.	36	—	Kollaps schwerster Art, Nachblutung	† Anämie	† nach Wendung	3350 g 51 cm	—
Blasensprengung und anschliessend kombinierte Wendungen, Credé, Tamponade von Uterus und Vagina	?	Geburt 1/2 Std. nach Operation	† Anämie	—	†	1900 g 49 cm	schon vor Eintritt tot

Nr.	Journal-Nr.	Name, Alter ? para	Zeitpunkt der Schwangerschaft	Sitz der Placenta	Muttermund		Blutung	Primäre Kindslage
					bei Eintritt	bei Operation		
65	1900 587	A. K. 26 Jahr VII p.	Ende	centralis	3 Markstück	gross	stark intra partum	I. Schädellage Kopf abgewichen
66	1900 962 a	M. F. 26 Jahr II p.	7. Mt.	lateralis	uneröffnet	für zwei Finger durchgängig bei Wendung	stark während 2 Tagen, sonst mässig, in den letzten 14 Tagen a. p. und während der Geburt	Schädellage
67	1901 927	M. S. 36 Jahr V p. siehe zusammenfassende Tabelle Seite 52 und 53	9. Mt.	centralis	?	für zwei Finger durchgängig	seit 3 Wochen a. p., dreimal gering, zweimal abundant	1. I. Schieflage 2. Kopflage
68	1902 249	Th. Sch. 31 Jahr III p.	Ende	marginalis	?	für drei Finger durchgängig	leicht 7 Wochen a. p., stark 3 Wochen a. p., bei Beginn der Geburt sehr stark (Ohnmacht)	II. Schädellage
69	1902 319	A. G. 27 Jahr VII p.	9. Mt.	lateralis dextra	—	für drei Finger durchgängig	einmal leicht, einmal stark gegen Ende der Gravidität, einmal nach Untersuchung	II. Schädellage
70	1902 661	M. H. 25 Jahr III p.	10. Mt.	centralis	für einen Finger durchgängig	5 Markstück gross	dreimal sehr stark (250 g und 400 g) 1 Tag a. p. und während d. Geburt	II. Schädellage

Therapie	Entbindung		Mutter		Kind		
	Dauer Stund.	Bemerkungen	Geburt	Wochenbett	Erfolg	Gewicht, Länge	Bemerkg.
Tamponade ausserhalb, Perfor. der Placenta u. Braxton-Hicks, nach 2 Stunden Armlösung und Extraktion des Kopfes	6 1/2	—	900 g Blut verloren	fieberlos	†	3300 g 53 cm	tot schon vor Eintritt
viermal Scheidentamp., viermal Kolpeuryse, wegen d. Schüttelfröste u. der andauernden, wenn auch gering. Blutg. Laminariastift, Scheidentamponade, nach Entfernung d. Stiftes nochmals Kolpeuryse, dann Metreuryse, Blasensprengung und Braxton-Hicks, da es trotz Metreuryse blutete, Extraktion des Kopfes nach 2 Stunden, Credé, heisse Spülungen und Eisblase wegen Nachblutung	Behandlung seit 14 Tg.	künstliche Frühgeburt	3 Schüttelfröste, Cystitis, Temperat. bis 40,1°, starke art. Nachblutung, Kollaps	Temp. bis 39,8°, fötide Lochien, Peritonitis, Schüttelfröste	†	750 g 34,5 cm	Partus immaturus
nach Umgehung der Placenta Blasensprengung und sofort beim 1. Zwilling Braxton-Hicks, Blasensprengung und Wendung auf den Fuss mit ganzer Hand beim 2. Kind	? Geburt der Kind. 2 3/4 u. 1/2 Std. nach Wend.	zwei-eiige Zwillinge, Hydramnios	starker Blutverlust (1700 g)	hochgradige Anämie, kein Fieber	**erster Zwilling** † nach Wendung **zweiter Zwilling** lebt	1. 2350 g 47,5 cm 2. 2100 g 45 cm	2. Zwilling asphyktisch I.° geboren, gemeinsam. Plac., 1080 g 20 u. 28 cm
Tamponade durch Hebamme, Wendung nach Braxton-Hicks, Credé	9 1/2	—	viel Blut verloren (1200 g)	Temperat. bis 39,2°	lebt	2840 g 51 cm	asphyktisch I.° geboren
zwei Tamponaden der Scheide und der Cervix, wegen Blutung Braxton-Hicks	2 Std. nach Wend. erfolgt d. Geburt	Wehen erst nach Wendung	einmal Temperat. bis 38,1°	fieberlos	† nach Wendung	2110 g 44 cm	—
Tamponade poliklinisch und in der Anstalt, Perforation der Placenta und Braxton-Hicks, Armlösung und Entwicklung des Kopfes nach 10 Minuten	36	—	Blutverlust 1400 g	† Septicopyämie	lebt	3020 g 48 cm	II.° asphyktisch geboren

Nr.	Journal-Nr.	Name, Alter ? para	Zeitpunkt der Schwangerschaft	Sitz der Placenta	Muttermund		Blutung	Primäre Kindslage
					bei Eintritt	bei Operation		
71	1904 697	M. B. 38 Jahr VIII p.	Ende	lateralis	5 Markstück	gross	1. Blutung im 6. Monat 2. ,, 14 Tg. später 3. ,, 3 Woch. a. p. 4. ,, bei Beginn d. Geburt teilweise sehr stark, besond. die letzte (ca. 2 Liter!)	II. Schädellage
72	1905 75	M. St. 45 Jahr II p.	Ende	centralis	?	?	stark seit einigen Tagen	Schädellage
73	1905 425	M. R. 38 Jahr X p.	10. Mt. Anfang	lateralis	für zwei Finger	durchgängig	bei der Untersuchung sehr stark	Schädellage
74	1905 775	B. W. 35 Jahr VI p.	10. Mt.	centralis	für einen Finger durch-	für drei Finger gängig	seit 3 Wochen in wechselnder Stärke, sehr stark am Tage der Geburt und intra partum	I. dorso-post. Querlage
75	1905 787	F. M. 34 Jahr V p.	Ende	centralis	?	für drei Finger durchgängig	zweimal mässig in den letzten 8 Tg. a. p., stark bei Beginn der Geburt	I. Schädellage
76	1906 336	M. S. 35 Jahr IX p.	Ende	marginalis	—	für zwei Finger	6, 3 und 2 Wochen a. p. leicht, bei Beginn der Geburt sehr stark	I. Schädellage
77	1906 785	M. P. 26 Jahr II p.	Ende 8. Mt.	lateralis sinistra	für zwei Finger	durchgängig	mässig stark: erste im 7. Monat, zweite bei Geburtsbeginn und intra partum	I. Schädellage
78	1906 794	E. E. 40 Jahr XVI p.	9. Mt.	lateralis	?	für zwei Finger	mässig stark 10, 8, 3 Tg. a. p., sehr stark 1 Tg. a. p.	II. Schädellage

Therapie	Entbindung		Mutter		Kind		
	Dauer Stund.	Bemerkungen	Geburt	Wochenbett	Erfolg	Gewicht, Länge	Bemerkg.
Blasensprengung und sofort kombinierte Wendung, Entwicklung des Kopfes nach 2 Stunden	?	—	starke Anämie (Ohnmacht)	Temperat. bis 39,4°, fötide Lochien, Bronchitis oder Tuberkulose	† 8 Tage p. p. an Pneumonie	3200 g 50 cm	—
Tamponade ausserhalb, Perforation der Placenta und sofort Braxton-Hicks	Geburt 35 Min. nach Oper.	Lues! Urämie!	† 3 Std. p. p. im urämischen Coma	—	†	3100 g 51 cm	II.° maceriert
Wendung nach Braxton-Hicks	Geburt 12 Std. nach Wend.	Wehenbeginn 4 Std. nach Wendung, Nabelschnurvorfall	starke Anämie	einmal Temperat. bis 38,3°	†	2650 g 43 cm	—
Tamponade der Cervix und Vagina, Perforation der Placenta und Braxton-Hicks	12	Geburt 9 Std. nach Wendung	erheblicher Blutverlust	ohne Fieber	† 8½ Std. nach Wendung	2900 g 51 cm	—
zweimal Tamponade durch Hebamme und Arzt ausserhalb, Perforation d. Placenta und sogleich Braxton-Hicks, Credé	27½	Geburt 3¼ Std. nach Operation	Temperat. bis 39°	Temperat. bis 41,3°, schwere Sepsis, Schüttelfr., föt. Lochien	† nach Wendung	3000 g 52 cm	—
Blasensprengung, Braxton-Hicks, Kopflösung, Credé	Geburt 2 Std. nach Oper.	Wehen erst nach Wendung	—	fieberfrei	lebt	2870 g 49 cm	leicht asphyktisch geboren
Braxton-Hicks, manuelle Plac.-Lösung, Tamponade wegen Blutung im Wochenbett	15	¾ Std. nach Wendung	Cervixriss, starke atonische Nachblutg.	Blutungen, Temperat. bis 40,7°, Schüttelfröste	† ½ Std. p. p.	1200 g 40 cm	—
zweimal Tamponade, wegen Blutung Braxton-Hicks	Geburt 8 Std. nach Wend.	Wehenbeginn 3 Std. nach Operation, vor 1 Jahr Placenta praev. centralis!!	—	zweimal Temperat. bis 38,8°	† nach Wendung	1835 g 46 cm	—

Nr.	Journal-Nr.	Name, Alter ? para	Zeitpunkt der Schwangerschaft	Sitz der Placenta	Muttermund		Blutung	Primäre Kindslage
					bei Eintritt	bei Operation		
79	1906 1110	B. S. 39 Jahr XIII p.	Anfang 10. Mt.	centralis	?	?	zweimal sehr stark während der Geburt	I. Schädellage
80	1906 1125	A. M. 36 Jahr IX p.	Ende	centralis	für drei Finger	durchgängig	stark 2 Tage a. p.	II. Schädellage
81	1907 37	A. B. 36 Jahr III p.	10. Mt.	lateralis dextra	für zwei Finger	durchgängig	leicht 8 Tage a. p., stärker intra partum	II. Schädellage
82	1907 89	B. Ph. 39 Jahr VIII p.	Ende	centralis	für drei Finger	durchgängig	seit dem 6. Monat Stärke?	Schieflage Ia
83	1907 390	Th. D. 40 Jahr III p.	Ende	marginalis	5 Markstück	gross	intra partum und kurz vorher ziemlich stark	I. Schädellage
84	1907 711	E. V. 33 Jahr V p.	6. Mt.	centralis	für zwei	Finger	seit 3 Wochen a. p. fast ununterbrochen, intra partum stark	II. Schädellage
85	1907 915	M. R. 35 Jahr VIII p.	6. Mt.	centralis	geschlossen	für drei Finger durchgängig	seit 7 Wochen fast immerwährend	?

Therapie	Entbindung		Mutter		Kind		
	Dauer — Stund.	Bemerkungen	Geburt	Wochenbett	Erfolg	Gewicht, Länge	Bemerkg.
Tamponade ausserhalb, Perforation der Placenta und Braxton-Hicks	75	Geburt 2½ Std. nach Operation	Temperat. bis 39,8°, Schüttelfrost	ohne Fieber	† nach Wendung	2330 g 47 cm	—
Tamponade ausserhalb, Perfor. der Placenta, Braxton-Hicks, Armlösung, Veit-Smelli, Credé	Geburt 30 Std. nach Wendung	Wehen erst 22 Std. nach Operation	starker Blutverlust (800 g)	normal	† 10 Std. nach Wendung	3000 g 49 cm	—
Wendung nach Braxton-Hicks	Geburt 2½ St. nach Oper.	Vorfall der pulsierend. Nabelschnur, Reposition, nochmals Vorfall, aber ohne Puls, deshalb nicht mehr reponiert	Blutverlust ca. 750 g	ohne Fieber	† währ. der Wendung	2400 g 49 cm	—
Perforation der Placenta, Braxton-Hicks, Kopfentwicklg.	Geburt 8½ St. nach Oper.	Wehen erst 8 Std. nach Wendung	Blutverlust ca. 500 g	fieberfrei	lebt	3700 g 51 cm	asphyktisch I.° geboren
Braxton-Hicks	6	¾ Std. nach Wendung	—	normal	†	3650 g 55 cm	—
Tamponade, Perforation der Placenta, Braxton-Hicks, Credé	Geburt 1 Std. nach Wendung	—	ziemlicher Blutverlust, gemessen: 770 g	einmal Temperat. bis 39°	†	790 g 30 cm	—
Tamponade, Metreuryse und Durchziehen des Metreurynters zur Erweiterung des Muttermundes, Perforation der Placenta, Braxton-Hicks, Credé	Geburt 1¼ St. nach Wendung	—	Fieber bis 41°	ohne Fieber	†	520 g 28 cm	—

Zusammenfassende

Zahl der Fälle	Mutter												
	tot						Fieber						
	Sepsis		Anämie		zusammen		bis 38,5°		über 38,5°		zusammen		von den Lebenden
	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	%
31	1	3,2	2	6,4	3	**9,6**	2	6,4	10	32,2	12	38,6	42,8
30	—	—	—	—	—	—	2	6,6	9	30	11	36,6	**40,7**
26	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Ein Fall von Urämie (Nr. 72: Kind maceriert, Mutter im Coma gestorben) wird überhaupt nicht in Rechnung gezogen. Von den 31 Müttern wurde eine durch Sepsis und zwei durch Anämie verloren, zusammen also 9,6 %. Zwei Fieberfälle waren mit Pneumonie bezw. mit Bronchitis kompliziert, wurden aber gleichwohl mitgezählt, da auch fötide Lochien vorhanden waren; dagegen wurde ein anderer Fall mit manueller Placentarlösung ausgeschaltet. Dies ergibt dann 40,7 % Fieber unter den lebenden Frauen.

Was die Kinder betrifft, so habe ich ein ganz kräftiges von 3200 g, das acht Tage p. p. an Pneumonie starb, für diese Statistik zu den Lebenden gezählt, so dass also von der Gesamtzahl 31 der Kinder 26 = 83,8 % tot waren und nur 5 = 16,2 % am Leben blieben. Um aber einen richtigen Begriff von der Leistungsfähigkeit der Methode zu erhalten, müssen wir fünf Kinder (vier davon über 2500 g), die bereits beim Eintritt in die Klinik abgestorben waren, in Abzug bringen, woraus eine Verlustziffer von 80,7 % resultiert. Bei 57 % der gestorbenen Kinder waren die Lebensaussichten ohnehin geringe, da sie unter 2500 g wogen, während sämtliche lebenden Kinder (5 = 19,3 %) ein Gewicht von über 2500 g hatten.

Kombinierte Wendung

Nr.	Journal-Nr.	Name, Alter ? para	Zeitpunkt der Schwangerschaft	Sitz der Placenta	Muttermund		Blutung	Primäre Kindslage
					bei Eintritt	bei Operation		
86	1895 65	C. Pl. 34 Jahr IX p.	Ende	lateralis sinistra	?	für vier Finger durchgängig	14 und 8 Tage a. p. je eine sehr starke Blutung, wenig intra part.	II. Schädellage

Tabelle.

Kind								Bemerkungen
tot				lebend				
Zahl	%	unter 2500 g	über 2500 g	Zahl	%	unter 2500 g	über 2500 g	
26	83,8	13	13	5	16,2	—	5	Ein Fall von Urämie (Nr. 72), bei dem Mutter und Kind starb, wurde überhaupt nicht gerechnet. Zwei Fieberfälle (Bronchitis und Pneumonie) aber mit fötiden Lochien wurden gerechnet, eine manuelle Placentalösung wurde ausgeschaltet. Fünf schon vor Eintritt gestorbene Kinder wurden nicht gerechnet. Ein Kind von 3200 g, das 8 Tage p. p. an Pneumonie starb, wurde zu den Lebenden gezählt
—	—	—	—	—	—	—	—	
21	**80,7**	12	9	5	19.3	—	5	

Vergleicht man diese Resultate mit den durch weniger aktives Vorgehen (Tamponade oder Tamponade und Blasensprengung) erzielten, so findet man eine viel geringere Mortalität der Mütter, sowohl was die septischen Todesfälle als auch vor allem was die durch Verblutung bedingten anlangt, woraus im allgemeinen zu schliessen wäre, dass die Blutstillung durch die kombinierte Wendung eine viel exaktere und dabei die Gefahr schwerster Sepsis nicht so gross ist als wie bei der Tamponade. Dafür sind aber leichtere Infektionen ungleich viel häufiger (um 18—28 o/⁰ nach meinen Fällen), was sich ja ohne Mühe durch das Eindringen der Finger in die Uterushöhle erklärt; aber der Prozess kann wegen der Kürze des Eingriffes und weil die Geburt in den meisten Fällen ja doch bald beendet wird, kein so unheilvoller werden wie bei der lange dauernden Infektionsgefahr der Tamponade. Allerdings ist das Kind beim Braxton-Hicks ohne Extraktion ungleich mehr gefährdet, es sterben 10 - 20 % mehr Kinder als wie bei der Tamponade, aber das ist ja selbstverständlich und bestätigt nur die alte Erfahrung, dass die Wendung absolut kein so harmloser Eingriff für das kindliche Leben ist.

mit Extraktion.

Therapie	Entbindung		Mutter		Kind		
	Dauer Stund.	Bemerkungen	Geburt	Wochenbett	Erfolg	Gewicht, Länge	Bemerkg.
2 mal Tamp. ausserhalb, 3 mal Tamp. in der Anstalt, Braxton-Hicks u. Extraktion, weil kindliche Herztöne schlecht wurden	7½	—	—	Temp. einmal 39,6⁰, sonst gut	lebt	2750 g 49 cm	leicht asphyktisch geboren

Nr.	Journal-Nr.	Name, Alter ? para	Zeitpunkt der Schwangerschaft	Sitz der Placenta	Muttermund		Blutung	Primäre Kindslage
					bei Eintritt	bei Operation		
87	1895 873	M. L. 27 Jahr VI p.	9. Mt.	lateralis	3 Markstück	gross	intra partum sehr stark	Schieflage II a
88	1897 933	A. H. 34 Jahr X p.	Ende	lateralis sinistra	3 Markstück gross	5 Markstück gross	leicht im 5. Mt., stark bei Beginn der Geburt	II. Schädellage
89	1898 962	A. Z. 38 Jahr XI p.	Ende	lateralis	für zwei Finger	für drei Finger	seit 8 Tagen a. p. und intra partum mässig	II. Schädellage
90	1898 1104	J. K. 35 Jahr III p.	Ende	lateralis sinistra	3 Markstück	gross	nach Sprengung der Blase	I. Schädellage
91	1898 1225	Th. K. 34 Jahr XII p.	10. Mt.	lateralis dextra	für zwei Finger	durchgängig	zweimal stark, 1 Tg. a. p.	II. Steisslage
92	1900 237	M. G. 27 Jahr IV. p.	Ende	lateralis dextra	für drei Finger	durchgängig	stark seit 14 Tagen	I. Schädellage
93	1900 93 a	M. H. 37 Jahr X p.	10. Mt.	marginalis	für zwei Finger	durchgängig, sehr dehnbar	vor der Geburt, nähere Angaben fehlen	I. Schädellage
94	1903 557	M. Sch. 27 Jahr VI p.	7. Mt. Anfang	lateralis	?	für eine Hand durchgängig	seit dem 2. Monat in wechselnder Stärke, letzte starke Blutung 3 Tage a. p. mässig intra partum	Schädellage

Therapie	Entbindung		Mutter		Kind		
	Dauer Stund.	Bemerkungen	Geburt	Wochenbett	Erfolg	Gewicht, Länge	Bemerkg.
kombinierte Wendung und Extraktion, Credé	?	—	starke Anämie	ohne Fieber	lebt	2000 g 44 cm	—
Tamponade ausserhalb, Blasensprengung, nach 48 Stunden Braxton-Hicks und nach 25 Min. Extraktion, Credé	50	—	Temperat. 39,5° Nachblutg.	Temperat. 38,1°	† nach Wendung	3700 g 55 cm	—
dreimal Tamponade ausserhalb, Blasensprengung in der Klinik und weil Blutung nicht steht, nochmals Tamponade, Braxton-Hicks wegen Temperatursteigerung und Durchblutung der Tamponade, nach 5 Stunden Extraktion, Credé	23	—	Temperat. 39,2°	Temperat. bis 39,6°	†	3750 g 54 cm	schon vor Wendung tot
Blasensprengung und sofort wegen Blutung Braxton-Hicks, Extraktion wegen Sinkens der Herztöne, Credé, Lösung einer Schwiele	12	—	starke Blutung in der III. Periode, leichter Kollaps	kein Fieber	† bald p. p.	2750 g 52 cm	asphyktisch II.° geboren
Tamponade ausserh., Braxton-Hicks und nach ½ Stunde Extraktion, Credé	1½	—	leichter Kollaps	starke Pulsschwankg. (Herzfehler) fieberfrei	† bald p. p.	2500 g 48 cm	asphyktisch II.° geboren
Braxton-Hicks und sogleich Extraktion, da Blutung nicht steht	19	Hydramnios	—	ohne Fieber	† währ. d. Wendg.	2950 g 52 cm	—
zweimal Tamponade, Blasensprengung u. sogleich Braxton-Hicks u. langsame Extraktion, Credé, Uterus-Scheiden-Tamponade wegen Nachblutung	?	ausserhalb poliklinisch	starke Nachblutg.	Temperat. bis 40°, Phlegmone an den Injektionsstellen	lebt	2700 g 48 cm	asphyktisch II.° geboren wiederbelebt
Tamponade durch Arzt ausserhalb, dreimal Tamponade in der Anstalt, Blasensprengung und sogleich Braxton-Hicks und Extraktion, manuelle Placentarlösung wegen Blutung, Scheidentamponade wegen Cervixriss	?	Placenta acreta!	starker Blutverlust, Cervixriss	Temperat. bis 38,3°	† 3 Std. p. p.	880 g 35 cm	—

Nr.	Journal-Nr.	Name, Alter ♀ para	Zeitpunkt der Schwangerschaft	Sitz der Placenta	Muttermund		Blutung	Primäre Kindslage
					bei Eintritt	bei Operation		
95	1906 657	L. E. 31 Jahr I p.	10. Mt. Anfang	lateralis dextra	für drei Finger	durchgängig	in den letzten 5 Wochen fünfmal, die letzte vor 3 Tagen	II. Schädellage
96	1906 769	E. D. 31 Jahr V p.	9. Mt.	lateralis dextra	für vier Finger	durchgängig	sehr stark vor und bei Beginn der Geburt	II. Schädellage

Zusammenfassende

Zahl der Fälle	Mutter												
	tot						Fieber						
	Sepsis		Anämie		zusammen		bis 38,5°		über 38,5°		zusammen		von den Lebenden
	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	%
11	—	—	—	—	0	**0**	2	18,1	4	36,3	6	54,5	54.5
8	—	—	—	—	—	—	1	12,5	2	25,0	3	37,5	**37,5**
10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Von den elf Müttern starb keine einzige. Fieber hatten im ganzen sechs Frauen = 54,5%; darunter sind allerdings eine Phlegmone und zwei manuelle Placentarlösungen, nach deren notwendiger Ausschaltung sich die Febrilität auf 37,5% belaufen würde.

Von den Kindern waren sieben tot = 63,6%. Ein Kind lebte schon vor der Wendung nicht mehr und kann also für das Endergebnis der kombinierten Wendung nicht in Betracht gezogen werden, so dass die Kindersterblichkeit bei dieser Therapie auf 60% zurückgeht.

Der Tamponade gegenüber gilt das schon von der kombinierten Wendung ohne Extraktion Gesagte, nur dass sich die Kindersterblichkeit dank der angeschlossenen Extraktion wesentlich verringert hat (um 21%) und so der durch die Tamponade erzielten annähernd gleichkommt.

Therapie	Entbindung		Mutter		Kind		
	Dauer Stund.	Bemerkungen	Geburt	Wochenbett	Erfolg	Gewicht, Länge	Bemerkg.
Tamponade auswärts, Blasensprengung und sofort Braxton-Hicks, nach 1¾ Stunden Extraktion, Veit-Smelli, manuelle Placentarlösung	Geburt 1¾ St. nach Wendung	Wehenbeginn 1 Std. 25 Min. nach Wendung, eklamptische Anfälle in graviditate, Nephritis!!	—	kein Fieber, viel Kopfschmerzen	lebt	2720 g 47 cm	—
Tamponade poliklin., Braxton-Hicks und weil Blutung nicht steht, sofort Extraktion, Scheidentamponade	3—4	—	starke Anämie, Cervixriss	Temperat. bis 38,9°	† gleich p. p.	2900 g 45 cm	—

Tabelle.

Kind								Bemerkungen
tot				lebend				
Zahl	%	unter 2500 g	über 2500 g	Zahl	%	unter 2500 g	über 2500 g	
7	63,6	2	5	4	36,4	1	3	Drei Fieberfälle (zwei manuelle Placentarlösungen und eine Phlegmone) werden ausgeschaltet, ein schon vor der Wendung gestorbenes Kind wird ebenfalls ausser Rechnung gesetzt
—	—	—	—	—	—	—	—	
6	**60,0**	2	4	4	**40,0**	1	3	

Beim Vergleich aber mit der kombinierten Wendung ohne Extraktion gerate ich einigermassen in Verlegenheit. Allgemein und mit vollem Recht gilt doch diese als die für die Mutter harmlose Operation, während sie nach meinen Zahlen im Gegenteil die gefährlichere zu sein scheint. Diese Beobachtung ist sicherlich nur ein Zufall und erklärt sich vielleicht aus der geringen absoluten Zahl der Fälle und der grossen Zahlendifferenz (11 : 29), die eine direkte Gegenüberstellung erschwert. In puncto Morbidität der Mütter besteht ziemliche Übereinstimmung mit der Wendung ohne Extraktion, während natürlich, was die Kinder betrifft, durch die Extraktion gar viele (20 %) gerettet werden können, die bei blosser Wendung und spontaner Geburt absterben würden.

Nr.	Journal-Nr.	Name, Alter ? para	Zeitpunkt der Schwangerschaft	Sitz der Placenta	Muttermund		Blutung	Primäre Kindslage
					bei Eintritt	bei Operation		
97	1890 902	B. H. 34 Jahr VI p.	9. Mt.	centralis	für einen Finger durchgängig	völlig erweitert	schon seit dem 4. Mt. periodenweise, starke Blutung, heftige Blutung 1 Tag a. p.	II. Schädellage
98	1893 53	O. L. 39 Jahr X p.	8. Mt.	lateralis dextra	?	3 Markstück gross	2 Tg. a. p. starke Blutung stand von selbst, intra part. mässig, aber gegen Ende sehr stark	Schieflage ?
99	1893 98	M. Z. 22 Jahr II p.	10. Mt. Anfang	centralis?	5 Markstück gross	?	zweimal sehr stark am Tage der Geburt	Schieflage I a
100	1893 224	Th. M. 37 Jahr VIII p.	Ende	centralis	?	5 Markstück gross	wiederholt starke Blutungen in den letzten Monaten	?
101	1897 37	E. H. 43 Jahr XIV p.	Ende	lateralis	für einen Finger durchgängig	klein Handtellergross	10, 3 und 1 Tg. a. p. heftige Blutung, stark bei Beginn der Geburt	II. Schädellage
102	1898 1155	B. D. 24 Jahr III p.	Ende	lateralis dextra	für drei Finger durchgängig	?	seit 3 Wch. a. p. wechselnd stark, 1 Tag a. p. stark	I. Schädellage
103	1899 426	E. R. 26 Jahr IV. p.	10. Mt. Anfang	lateralis	für einen Finger durchgängig	fast erweitert	in den letzten 3 Wch. mehrmals, nicht sehr stark, intra part. heftig	II. Schädellage

ohne Extraktion.

Therapie	Entbindung		Mutter		Kind		
	Dauer Stund.	Bemerkungen	Geburt	Wochenbett	Erfolg	Gewicht, Länge	Bemerkg.
heisse Spülungen, Tamponade, Wendung auf den Fuss ohne Extraktion, Expression des Kopfes	23 1/2	—	—	Temperat. bis 40,2°	†	2800 g 48 cm	tot schon vor Wendung
zweimal Scheidentamponade, innere Wendung auf den rechten Fuss	75	Geburt 3/4 Std. nach Wendung	starke Anämie, 1100 g Blutverlust	fieberfrei, leichte Nachblutg.	†	2250 g 41 cm	tot schon bei Eintritt
Blasensprengung, innere Wendung, Uterus- und Scheidentamponade wegen Nachblutung	6 1/2	Geburt 1 1/2 Std. nach Wendung	starke Nachblutg, (450 g)	ohne Fieber	† nach Wendg.	2000 g 46 cm	—
einmal Tamponade ausserhalb, dreimal in der Anstalt, Blasensprengung und innere Wendung, Lösung des Kopfes wegen Erschöpfung der Mutter	1 1/2 Tg.	—	starker Blutverlust, hochgradig. Erschöpfg., leichtes Fieber schon vor Wehenbeginn	† 3 Tage p. p., Anämie, Temperat. bis 40°. Sektion: aufsteigd. eitrige Nephritis, Abszessbildg. in beid. Nieren	†	3000 g 50 cm	schon vor Wendung gestorben
wiederholte Tamponade, innere Wendung, Anschlingung des Fusses, Expression des Kopfes	3 1/4	Geburt 2 1/2 Std. nach Wendung	hochgradig. Anämie	† 3 1/4 Std. p. p. an Anämie	†	3600 g 53 cm	tot schon vor Wendung
Blasenspreng. und sofort innere Wendung auf den Fuss wegen Nabelschnurvorfall, Extraktion bis zum Kopf; dieser eingeschnürt, später spotan geboren	22	Nabelschnurvorfall	—	fieberfrei	†	3500 g 53 cm	—
Tamponade ausserhalb, Tamponade der Cervix und Scheide in der Anstalt, nach 5 Std. wegen Blutung Blasensprengung und anschliessend innere Wendung, nach 1 Std. Entwicklung des Kopfes, Uterustamponade weg. Nachblutung	4 1/2	—	starker Blutverlust	Temperat. bis 39°	† nach Wendg.	2450 g 46 cm	—

Nr.	Journal-Nr.	Name, Alter ? para	Zeitpunkt der Schwangerschaft	Sitz der Placenta	Muttermund		Blutung	Primäre Kindslage
					bei Eintritt	bei Operation		
104	1899 788	J. B. 32 Jahr VIII p.	Ende	lateralis sinistra	fast völlig	erweitert	stark bei Beginn der Geburt	II. Schädellage
105	1901 393	A. K. 36 Jahr IV p.	9. Mt.	lateralis	?	?	leicht 3 Wochen a. p., ebenso 5 Tage a. p., stark bei Beginn der Geburt	I. Schädellage
106	1901 708	B. E. 26 Jahr VI p.	Ende	lateralis sinistra	völlig	erweitert	stark während der Geburt	I. Schieflage
107	1901 1100	K. E. 39 Jahr XI p.	10½ Mt.	marginalis	klein Hand-	tellergross	dreimal mässig stark in den letzten 8 Tagen	I. Schädellage
108	1902 180	A. A. 35 Jahr VII p.	Ende	lateralis sinistra	?	Handteller-gross	erste Blutung 5 Tg. a. p. leicht, bei Beginn und während d. Geburt stark	I. Schädellage
109	1904 141	C. F. 29 Jahr IV p.	10. Mt.	marginalis	uneröffnet	völlig erweitert	intra partum stark	II. Schädellage
110	1905 622	E. E. 39 Jahr XV p.	Ende	centralis	über 5 Mark-	stück gross	seit einigen Monaten stark, zwei neue und sehr heftige Blutungen, 2 und 1 Tag a. p.	I. Schädellage
111	1905 860	Th. L. 28 Jahr II p.	9. Mt.	lateralis	für zwei Finger durch-	für die Hand durch-gängig	14 und 1 Tg. a. p. mässig stark, bei Beginn der Geburt stark	I. Schädellage
112	1907 152	C. Sch. 21 Jahr I p.	Ende	dextra lateralis	Handteller-	gross	intra partum ziemlich stark	Schieflage II a

Therapie	Entbindung		Mutter		Kind		
	Dauer Stund.	Bemerkungen	Geburt	Wochenbett	Erfolg	Gewicht, Länge	Bemerkg.
Tamponade poliklinisch, innere Wendung wegen mässiger Blutung, nach einiger Zeit Entwicklung des Kopfes	16 1/2	—	—	Temperat. bis 39°, Tuberkulose!	† nach Wendg.	3200 g 51 cm	—
Wattetampon. durch Hebamme, Tamponade poliklinisch, Selbsttamponade mit Watte, dann Blasensprengung und innere Wendung (poliklinisch)	Geburt 6 Std. nach Wend.	—	starker Blutverlust (1420 g)	fieberlos	†	2260 g 48 cm	—
Blasenspreng. durch Hebamme, innere Wendung, nach 1/2 Std. Entwicklung des Kopfes	26 3/4	Armvorfall	grosser Blutverlust	starke Anämie, kein Fieber	† 1/2 Std. p. p.	2750 g 48 cm	III.° asphyktisch geboren
innere Wendung wegen Nabelschnurvorfall, nach 2 1/2 Std. Entwicklung des Kopfes	14	Nabelschnurvorfall	Blutverlust 1125 g	Fieber bis 40°	† bald p. p.	3960 g 57 cm	III.° asphyktisch geboren, übertragen
Tamponade ausserhalb und in der Anstalt, innere Wendung, nach 2 1/2 Std. Kopfentwicklung	47	—	Temperat. 38,5°	† 8 Tage p. p., Febris puerperalis	lebt	3441 g 51 cm	II.° asphyktisch geboren
Metreuryse (künstliche Frühgeburt), Blasensprengung und sogleich innere Wendung	15 Std. Geburt 2 Std. nach Wend.	künstlich. Frühgeburt wegen mässig vengten Beckens (Metreuryse)	Blutverlust 700 g	fieberlos	†	2720 g 49 cm	Kompress. der Nabelschnur
Tamponade ausserhalb, Perforation der Placenta, innere Wendung, Tamponade von Uterus und Vagina	Geburt 8 1/4 St. nach Wend.	Wehenbeginn 2 Std. nach Operation	hochgradig. Anämie	Temperat. bis 38,9°	†	4800 g 54 cm	leicht maceriert
Tamponade in der Anstalt, Blasensprengung, innere Wendung	7 1/4 St. Geburt 3/4 St. nach Wend.	Nabelschnurvorfall	—	ohne Fieber	† nach Wendg.	2500 g 47 cm	—
Wendung auf den Fuss, Extraktion des Kopfes 2 1/2 Std. nach Wendung	19 1/2	—	Asphyxie während der Narkose	ohne Fieber	†	2500 g 49 cm	—

Zusammenfassende

Zahl der Fälle	Mutter												
	tot						Fieber						
	Sepsis		Anämie		zusammen		bis 38,5°		über 38,5°		zusammen		von den Lebenden
	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	%
16	1	6,2	2	12,4	3	**18.6**	—	—	5	31,2	5	31,2	38,4
15	—	—	—	—	—	—	—	—	4	26,6	4	26,6	**33,3**
17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Bei der inneren Wendung ohne Extraktion steigt die Mortalität der Mütter wieder beträchtlich an, nämlich auf 18,6% und zwar vor allem durch den Verblutungstod, der allein 12,4% ausmacht, ähnlich wie bei der Tamponade. Ich suche den Grund hiefür darin, dass in diesen Fällen, wo eine innere Wendung überhaupt möglich, der Muttermund also bereits ziemlich weit eröffnet ist, die Geburt schon längere Zeit im Gange und folglich der durch die Placentarablösung hervorgerufene Blutverlust ein bedeutenderer sein muss.

Fieber war, wenn ein Fall von Tuberkulose ausgeschaltet wird, bei 33% der Lebenden vorhanden. Das ist mehr wie bei der Tamponade (Einführung der ganzen Hand), aber um 4—7% weniger wie bei der kombinierten Wendung. Woher dieser

Innere Wendung

Nr.	Journal-Nr.	Name, Alter ? para	Zeitpunkt der Schwangerschaft	Sitz der Placenta	Muttermund		Blutung	Primäre Kindslage
					bei Eintritt	bei Operation		
113	1884 345	? 25 Jahr III p.	9½ Mt.	lateralis dextra	fast	erweitert	stark nach Blasensprengung	Schieflage I b
114	1885 628	A. G. 32 Jahr VIII p.	Ende	centralis	für einen Finger durchgängig	Handteller gross	stark in der I. und III. Geburtsperiode	I. Schädellage

Tabelle.

Kind								Bemerkungen
tot				lebend				
Zahl	%	unter 2500 g	über 2500 g	Zahl	%	unter 2500 g	über 2500 g	
—	—	—	—	—	—	—	—	Ein Fieberfall, durch Tuberkulose bedingt, wird ausgeschaltet. Zweites Zwillingskind von Fall 67 hier eingerechnet. Zwei schon vor Eintritt und zwei bereits vor Wendung abgestorbene Kinder werden ausgeschaltet
—	—	—	—	—	—	—	—	
15	88,2	4	11	2	11,8	1	1	
11	**84,6**	3	8	2	**15,4**	1	1	

Unterschied? Vielleicht hat da doch die schnellere Geburt infolge des schon fast oder völlig erweiterten Muttermundes eine ausschlaggebende Bedeutung.

Die Kindersterblichkeit betrug 88,2% oder nach Ausschaltung der vier schon vor der Wendung gestorbenen Kinder 84,6%, also um 4% mehr wie bei der kombinierten Wendung ohne Extraktion. Man könnte eher weniger erwarten, weil doch die Möglichkeit einer raschen Geburt gegeben ist (erweiterter Muttermund), aber die Kinder haben offenbar schon zu sehr unter der oben erwähnten Placentarablösung und dem dadurch bedingten Sauerstoffmangel gelitten. Die Differenz zwischen der Anzahl der Mütter und der der Kinder erklärt sich daraus, dass das zweite Zwillingskind von Fall 67, bei welchem die innere Wendung gemacht wurde, hieher gezählt worden ist.

mit Extraktion.

Therapie	Entbindung		Mutter		Kind		
	Dauer Stund.	Bemerkungen	Geburt	Wochenbett	Erfolg	Gewicht, Länge	Bemerkg.
innere Wendung, später Extraktion	?	—	—	geringes Fieber, nach 4 Tg. Phthise!	†	2540 g 48 cm	—
Wattetamponade, Umgehung d. Placenta, Blasensprengung und innere Wendung u. Extraktion, heisse Spülung., Ergotin, Äther	20¾	—	Anämie, Nachblutung, leichter Kollaps	Anämie, Temp. 38,3°, vorübergeh. Druckempfindlichkeit des Parametriums, Ischuria paradoxa	lebt	3450 g 52 cm	—

Nr.	Journal-Nr.	Name, Alter ? para	Zeitpunkt der Schwangerschaft	Sitz der Placenta	Muttermund		Blutung	Primäre Kindslage
					bei Eintritt	bei Operation		
115	1886 711	M. R. 39 Jahr XII p. (Journal fehlt)	9½ Mt.	centralis	5 Markstück gross	?	26 Tg. a. p., erste starke Blutung, 3 Tg. a. p. sehr heftig	Schieflage I b
116	1887 409	A. W. 39 Jahr VI p.	Ende	marginalis	völlig	erweitert	seit dem 4. Monat fast tägliche, aber nicht sehr profuse Blutung	II. Gesichtslage Kinn hinten
117	1888 782	Th. B. 32 Jahr VII p.	7. Mt.	lateralis	völlig	eröffnet	stark bei Beginn der Geburt	Schieflage II a
118	1889 121	E. F. 35 Jahr IV p.	Ende	centralis	2 Markstück gross	für die Hand durchgängig	während der letzten drei Monate, besonders stark in den letzten Tagen	II. Schädellage Kopf abgewichen
119	1889 680	? 34 Jahr V p.	10. Mt.	lateralis sinistra	?	fast erweitert	seit dem 5. Tage a. p. sehr stark	II. Schädellage
120	1889 689	C. Th. 30 Jahr V p. (Journal fehlt)	10½ Mt.	centralis	?	?	fünfmal sehr stark in den letzten 6 Monaten, die letzten Tage a. p. fortwährend sehr stark	Schieflage I a
121	1890 179	Th. Sch. 27 Jahr V p.	8. Mt.	lateralis	2 Markstück gross	erweitert	im 6. und 7. Monat je 3—4stündige Blutung, neue sehr heftige Blutung bei Beginn der Geburt	II. Schädellage
122	1890 223	Th. B. 44 Jahr XIV p.	Ende	marginalis	5 Markstück	gross	seit dem 7. Monat fünfmal Blutung in Pausen von 2—3 Wochen	Schieflage II a

Therapie	Entbindung		Mutter		Kind		
	Dauer Stund.	Bemerkungen	Geburt	Wochenbett	Erfolg	Gewicht, Länge	Bemerkg.
Tamponade ausserhalb und in der Anstalt, Blasensprengung nach Umgehung der Placenta, innere Wendung und sofort Extraktion, Credé	?	Hydramnios	Retention der Eihäute	† 18 Tg. p. p., Metrophlebothrombose	lebt	2800 g 49 cm	—
Zangenversuch wegen Gesichtslage, da Kopf zurückweicht, innere Wendung u. Extraktion, Credé	33	Nabelschnurumschlingung	—	Temperat. bis 38,2°, fötide Lochien	†	3250 g 51 cm	—
Tamponade ausserhalb, innere Wendung und Extraktion	12 1/4	—	—	fieberfrei	†	2000 g 42 cm	—
Tamponade poliklinisch, Blasensprengung, innere Wendung und nach 2 Minuten Extraktion	?	—	† Anämie	—	†	3450 g 50 cm	I.° maceriert
wiederholte Tamponade, Blasensprengung und, da Kopf nicht eintritt und es weiterblutet, nochmals Tamponade, innere Wendung und sofort Extraktion	83	—	Kollaps	Temp. 1 mal 38,6°, dann normal, Schmerz im Parametrium	† währ. der Wendung	3700 g 53 cm	—
Perforation der Placenta, innere Wendung und Extraktion	?	—	Kollaps	† 1 1/2 Std. p. p., Luftembolie, Uterusrupt., Anämie	†	4525 g 56 cm	—
Blasensprengung, innere Wendung und Extraktion, Credé	7	—	—	Temperat. bis 39,2°, fötide Lochien	† gleich p. p.	1750 g 43 cm	—
Blasensprengung, wegen Nabelschnurvorfall innere Wendung und Extraktion, Credé	18 1/4	Nabelschnurvorfall	—	fieberlos	lebt	3050 g 51 cm	—

Nr.	Journal-Nr.	Name, Alter ? para	Zeitpunkt der Schwangerschaft	Sitz der Placenta	Muttermund		Blutung	Primäre Kindslage
					bei Eintritt	bei Operation		
123	1890 617	M. B. 36 Jahr IX p.	Ende	lateralis	5 Markstück gross	Handteller-gross	erste Blutung 7 Wochen a. p., starke Blutung intra partum	II. Querlage
124	1890 625	M. F. 21 Jahr I p.	Ende	centralis	5 Markstück gross	?	im 6. Monat ¼stündige Blutung, seit Beginn der Geburt (12 Std.) stark	I. Schädellage
125	1892 506	M. St. 39 Jahr XVIIIp.	Ende	centralis	?	gut 5 Markstück gross	im 9. Monat öfters ziemlich stark, 4 und 2 Tage ante partum und intra partum sehr stark	Schieflage Ia
126	1898 535	K. M. 36 Jahr X p.	9. Mt.	lateralis	5 Markstück gross	erweitert	mässig stark intra part.	Schieflage Ia
127	1903 106	Th. K. 29 Jahr VII p.	9. Mt.	centralis	für einen Finger durch-	für die Hand gängig	erste Blutung 1 Tag a. p. stark (500 g), intra part. sehr stark	I. Schädellage
128	1903 175	M. B. 32 Jahr VI p.	Ende	centralis	für zwei Finger durchgängig	6 cm weit	bei Beginn u. während der Geburt sehr heftig	I. Schädellage
129	1903 451	M. Sch 21 Jahr III p.	9. Mt.	centralis	für die Hand	durchgängig	sehr stark 1 Tag a. p.	I. Schädellage
130	1904 85	M. St. 28 Jahr V p.	10. Mt.	lateralis	völlig	erweitert	ersteBlutung stark sechs Wochen a. p., bei Beginn der Geburt und während derselben sehr stark	Schieflage Ia

Therapie	Entbindung		Mutter		Kind		
	Dauer Stund.	Bemerkungen	Geburt	Wochenbett	Erfolg	Gewicht, Länge	Bemerkg.
zweimal Tamponade ausserhalb, Tamponade in d. Anstalt, innere Wendung u. Extraktion, Credé	9¾	—	Dammriss I.°	Temperat. bis 39,2°, Parametritis dextra	lebt	3650 g 53,5 cm	—
Tamponade ausserhalb und in der Anstalt, wegen Fieber der Mutter innere Wendung und Extraktion	3 Tage	—	Fieber bis 39,6°, starke Anämie, Cervixriss, Dammriss III.°	Fieber bis 40,5° † 5 Tage p. p., Sepsis	†	3500 g 55 cm	maceriert
zweimal Scheidentamponade, Blasensprengung und innere Wendung, nach 10 Min. Extraktion, Credé, Uterus-Scheidentamponade wegen Nachblutung	?	—	profuse Nachblutg. † an Verblutg. aus tiefen Cervixriss.	—	lebt	2750 g 50 cm	asphyktisch I.°, wiederbelebt
Kolpeuryse, innere Wendung und Extraktion	10¾	Nabelschnurvorfall	—	ohne Fieber	† 6 Tage p. p.	2300 g 45 cm	—
Tamponade durch Arzt ausserhalb, Tamponade in d. Anstalt, Perforation der Placenta, innere Wendung u. Extraktion, manuelle Placentarlösung	4¾	—	starker Blutverlust (1200 g), Cervixriss	fieberfrei	lebt	2430 g 47 cm	I.° asphyktisch geboren
dreimal Tamponade durch Arzt, ausserhalb, Tamponade in der Anstalt, Perforation d. Placenta und innere Wendung auf beide Füsse und sofortige Extraktion, Credé, Scheidentampon. wegen Cervixvaricen	56	—	Temperat. bis 39.9°	Temperat. bis 40°	† gleich p. p.	3990 g 51 cm	—
zweimal Tamponade ausserhalb, Perforation der Placenta und sofort innere Wendung und Extraktion, Credé, Tamponade	3	—	starker Blutverlust ca. 1000 g	einmal Temperat. bis 39,8°	lebt	2055 g 45 cm	I.° asphyktisch geboren
Tamponade poliklinisch, innere Wendung u. sofort Extraktion, Credé	7¾	Nabelschnur- und Armvorfall	—	Temperat. bis 39,5°	lebt	3020 g 49 cm	II.° asphyktisch geboren

Nr.	Journal-Nr.	Name, Alter ? para	Zeitpunkt der Schwangerschaft	Sitz der Placenta	Muttermund		Blutung	Primäre Kindslage
					bei Eintritt	bei Operation		
131	1904 164	S. W. 25 Jahr IV p.	10. Mt.	lateralis	für zwei Finger durch-	für die Hand gängig	seit dem 3. Monat, bei Beginn der Geburt und während derselben stark	II. Schädellage
132	1905 24	R. E. 39 Jahr VIII p.	10. Mt. Anfang	lateralis dextra	völlig	erweitert	stark intra partum	Schieflage Ia
133	1907 850	M. S. 33 Jahr XIII p.	Ende	lateralis	?	Handteller gross	4 Wochen a. p. stark, 1 Tag a. p. heftig	II. Schädellage

Zusammenfassende

Zahl der Fälle	Mutter												
	tot						Fieber						
	Sepsis		Anämie		zusammen		bis 38,5°		über 38,5°		zusammen		von den Lebenden
	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	%
21	2	9,5	3	14,3	5	**23,8**	2	9,5	6	28,5	8	38	**50**
19	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Von den 21 Müttern starben 5 = 23,8% und zwar 14,3% an Anämie. Fieber hatten von 16 am Leben gebliebenen Frauen 8, was 50% ausmacht.

Elf Kinder unter den 21 waren tot, also 52,3%, oder nach Abzug der beiden schon vor Eintritt abgestorbenen, macerierten Früchte 47,3%. Das ist um 36% weniger als wie bei der inneren Wendung ohne Extraktion (83,3%) und auch noch 13% weniger wie bei der kombinierten Wendung mit Extraktion (60%).

Es sind dies ausserordentlich günstige Resultate für das Kind, die nach meiner

Therapie	Entbindung		Mutter		Kind		
	Dauer - Stund.	Bemerkungen	Geburt	Wochenbett	Erfolg	Gewicht, Länge	Bemerkg.
Tamponade der Cervix und Scheide, Blasensprengung und sofort wegen Blutung innere Wendung und Extraktion nach 10 Minuten, Credé	14	—	starke Nachblutg.	fieberfrei	lebt	?	—
Wendung auf beide Füsse und Extraktion	4¼	Fuss und Ellenbogen vorgefallen	—	fieberlos	lebt	2270 g 46 cm	—
heiss. Scheidenspülung, Blasenspreng., Kolpeuryse zur Wehenerregung, innere Wendg., nach 6 Stunden Extraktion des bis zum Steiss geborenen Kindes, Credé	19	Geburt 6 Std. nach Wendung	Blutverlust 500 g	ohne Fieber	†	3100 g 50 cm	—

Tabelle.

Kind								Bemerkungen
tot				lebend				
Zahl	%	unter 2500 g	über 2500 g	Zahl	%	unter 2500 g	über 2500 g	
11	52,3	3	8	10	47,7	3	7	Zwei Kinder, die schon vor Eintritt gestorben und maceriert waren, werden ausgeschaltet
9	**47,3**	3	6	10	**52,6**	3	7	

Zusammenstellung nur von denen übertroffen werden, die bei der spontanen Geburt nach Blasensprengung erzielt wurden. Das ist auch recht gut verständlich; denn die Bedingungen für eine sofortige und rasche Extraktion sind eben hier bei den günstigen Muttermundsverhältnissen sehr gute.

Es sei mir hier gestattet, die Fälle, bei denen kombiniert gewendet wurde, mit denen zu vergleichen, bei denen die innere Wendung gemacht wurde und zwar ohne Rücksicht darauf, ob extrahiert wurde oder nicht.

Therapie	Zahl der Fälle	Mutter												
		tot						Fieber						
		Sepsis		Anämie		zusammen		bis 38,5°		über 38,5°		zusammen		von den Lebenden
		Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	%
kombinierte Wendung	42	1	2,3	2	4,6	3	**6,9**	4	9,2	14	33,2	18	42,4	46.1
	38	—	—	—	—	—	—	3	7,8	11	28,9	14	36,7	**40**
	36	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
innere Wendung	37	3	8,1	5	13,5	8	**21,6**	2	5,4	11	29,7	13	35,1	44,8
	36	—	—	—	—	—	—	2	5,5	10	27,5	12	33	**42,8**
	38	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	32	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Danach sind bei der kombinierten Wendung 6,9% der Mütter gestorben, 40% haben gefiebert. Die Mortalität der Kinder betrug 75%.

Beckering, der über 22 Wendungen nach Braxton-Hicks in der hiesigen Klinik aus den Jahren 1893—1903 berichtet hat, stellte die Sterblichkeit der Mütter zu 9,5%, die der Kinder zu 75% fest.

Herabholen des oder der

Nr.	Journal-Nr.	Name, Alter ? para	Zeitpunkt der Schwangerschaft	Sitz der Placenta	Muttermund		Blutung	Primäre Kindslage
					bei Eintritt	bei Operation		
134	1894 65	K. H. 38 Jahr V p.	Ende	lateralis sinistra	5 Markstück gross 1¾ Std. a. op.	?	stark in den letzten 4 Tagen ante partum	I. unvollkom. Fusslage
135	1895 902	M. H. 40 Jahr IX p.	9. Mt.	lateralis	2 Markstück	gross	seit 6 Wochen mässig, stark bei Beginn der Geburt	II. vollkom. Fusslage
136	1897 33	Th. W. 33 Jahr VII p.	Ende	centralis	fast völlig	erweitert	stark seit Beginn der Geburt	II. Steisslage

Kind								Bemerkungen
tot				lebend				
Zahl	%	unter 2500 g	über 2500 g	Zahl	%	unter 2500 g	über 2500 g	
33	78,5	15	18	9	21,5	1	8	Vier nicht hergehörige Fieberfälle und sechs schon vor der Wendung gestorbene Kinder werden ausgeschaltet (siehe die betreffenden zusammenfassenden Tabellen)
—	—	—	—	—	—	—	—	
27	**75**	14	13	9	**25**	1	8	
—	—	—	—	—	—	—	—	Ein durch Tuberkulose bedingter Fieberfall und sechs schon vor der Wendung abgestorbene Kinder werden ausgeschaltet, zweites Zwillingskind von Fall 67 hier eingerechnet
—	—	—	—	—	—	—	—	
26	68,4	7	19	12	31,6	4	8	
20	**62,5**	6	14	12	**37,5**	4	8	

Bei der inneren Wendung fand ich 21,6% Todesfälle und 42,8% Fieber bei den Müttern, 62,5% Sterblichkeit bei den Kindern. Es wäre also die kombinierte Wendung die für die Mutter günstigere Operation, oder anders ausgedrückt: je früher gewendet wird, desto besser für die Frauen, während bei der inneren „späten" Wendung die Kinder mehr geschont werden. Beides erklärt sich völlig zwanglos aus dem schon früher Gesagten.

Füsse ohne Extraktion.

Therapie	Entbindung		Mutter		Kind		
	Dauer Stund.	Bemerkungen	Geburt	Wochenbett	Erfolg	Gewicht, Länge	Bemerkg.
Herunterleiten des 2. Fusses, Entwicklung d. Kopfes (Prager Handgriff), Credé, Tamponade des Uterus und der Vagina wegen Nachblutung	8	—	starker Blutverlust (2000 g)	einmal Temperat. bis 38,5°, zwei starke Nachblutg.	lebt	3125 g 50 cm	—
Herableiten des vorliegenden Fusses, Credé	5	Geburt 4 Std. p. op.	—	Temperat. bis 38,2°	†	1850 g 40 cm	—
Tamponade ausserhalb, Perforation der Placenta, Herabschlagen eines Fusses	?	—	grosser Blutverlust	fieberfrei	†	3800 g 56 cm	schon vor Eintritt tot

Nr.	Journal-Nr.	Name, Alter ? para	Zeitpunkt der Schwangerschaft	Sitz der Placenta	Muttermund		Blutung	Primäre Kindslage
					bei Eintritt	bei Operation		
137	1898 404	R. G. 36 Jahr VI p.	Ende	lateralis sinistra	3 Markstück	gross	stark intra partum	I. Steisslage
138	1898 729	M. B. 32 Jahr X p.	7. Mt.	marginalis	fast	erweitert	seit Beginn der Geburt (4 Std.) stark	Steisslage
139	1902 241	B. G. 34 Jahr VIII p.	10. Mt.	marginalis	für drei Finger durchgängig	fast erweitert	seit 14 Tagen ununterbrochen ziemlich stark, ebenso intra partum	Querlage
140	1902 345	E. H. 29 Jahr IV p.	8. Mt.	centralis	für drei Finger durchgängig	kleinhandtellergross	stark in den letzten 14 Tagen der Schwangerschaft (Ohnmachten !)	I. Steisslage
141	1907 6	A. B. 21 Jahr II p.	9 Mt.	lateralis dextra	für zwei Finger	durchgängig	mässig während der Geburt	I. Steisslage

Zusammenfassende

Zahl der Fälle	Mutter												
	tot						Fieber						
	Sepsis		Anämie		zusammen		bis 38,5°		über 38,5°		zusammen		von den Lebenden
	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	%
8	—	—	1	12,5	1	12,5	2	25	1	12,5	3	37,5	**42,8**
3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Therapie	Entbindung		Mutter		Kind		
	Dauer Stund.	Bemerkungen	Geburt	Wochenbett	Erfolg	Gewicht, Länge	Bemerkg.
Tamponade ausserhalb, Herabholen eines Fusses, Credé	16	—	Kollaps in der Narkose	fieberlos	†	3750 g 52 cm	schon vor Operation tot
Herunterholen beider Füsse und Tamponade mit Kopf	4¾	—	—	ohne Fieber	†	900 g 33 cm	totfaul
siebenmal Tamponade ausserhalb, Metreuryse, Herabholen des vorliegenden Fusses wegen Blutung nach Geburt d. Metreurynters und Nabelschnurvorfall	60	Vorfall der schwach pulsierend. Nabelschnur, nicht reponierbar, Vorliegen des Fusses	Fieber bis 40,7°, Schüttelfrost	nach 3 Tagen fieberfrei	†	2450 g 49,5 cm	—
zweimal Wattetamponade durch Hebamme und Arzt ausserhalb, Umgehung der Placenta und Herabholen des Fusses, Credé	?	Hydramnios	† Anämie, in der Klinik Blutverlust nur 200 g	—	†	2050 g 44 cm	maceriert I.°
Blasensprengung und sofort Herabholen eines Fusses	17	Geburt 2 Std. nach Operation, Lues!	—	ohne Fieber	†	1900 g 45 cm	—

Tabelle.

Kind								Bemerkungen
tot				lebend				
Zahl	%	unter 2500 g	über 2500 g	Zahl	%	unter 2500 g	über 2500 g	
7	87,5	5	2	1	12,5	—	1	Drei schon vor Eintritt und zwei bereits vor der Operation abgestorbene Kinder werden ausgeschaltet
2	**66,6**	2	—	1	**33,3**	—	1	

Ich möchte hier gleich auch die Fälle anfügen, bei denen ein Fuss herabgeholt und ausserdem extrahiert wurde, um dann die Bemerkungen anzuschliessen, die sich über diese beiden Gruppen machen lassen.

Herabholen des oder der Füsse mit Extraktion

Nr.	Journal-Nr.	Name, Alter ? para	Zeitpunkt der Schwangerschaft	Sitz der Placenta	Muttermund		Blutung	Primäre Kindslage
					bei Eintritt	bei Operation		
142	1887 258	Cr. Sp. 26 Jahr III p. siehe zusammenfassende Tabelle Seite 14 und 15	7. Mt.	lateralis	für zwei Finger durchgängig	völlig erweitert	seit 14 Tagen a. p. in wechselnder Stärke, besonders heftig bei Beginn der Geburt	1. I. Steisslage 2. II. Schädellage
143	1889 483	A H. 32 Jahr VII p.	Ende	lateralis dextra	für zwei Finger durchgängig	völlig erweitert	kurz vor und während der Geburt	II. Steisslage
144	1890 406	A. H. 33 Jahr V p.	Ende	lateralis	fast	eröffnet	sehr stark seit Beginn (12 Std.) der Geburt	II. Steisslage
145	1891 521	F. K. 31 Jahr VII p.	8. Mt.	lateralis	für drei Finger durchgängig	? 1 Std. später	Blutung bei Beginn der Geburt und noch stärker während derselben	Querlage
146	1898 937	M L. 40 Jahr XII p.	10. Mt.	lateralis dextra	3 Markstück gross	völlig erweitert	mässig während der Geburt	II. Fusslage
147	1899 85	M. B. 32 Jahr III p.	Ende	lateralis	2 Markstück gross, auch beim Herunterholen	völlig erweitert bei Extraktion	seit 8 Tagen a. p. leicht, bei Wehenbeginn sehr stark	II. Steisslage
148	1900 179	M. L. 24 Jahr VI p.	5. Mt.	lateralis sinistra	für zwei Finger durchgängig	? ½ Std. später	erste Blutung im 4. Mt., seit 4 Tagen a. p. ununterbrochen und stark	II. Steisslage
149	1905 896	F. H. 31 Jahr XI p.	9. Mt.	?	für zwei Finger durchgängig	?	im 3., 4. und 5. Monat wechselnd stark, seit 2 Tagen a. p. ununterbrochen und sehr heftig	I. Steisslage

oder Extraktion am vorliegenden Fuss.

Therapie	Entbindung		Mutter		Kind		
	Dauer Stund.	Bemerkungen	Geburt	Wochenbett	Erfolg	Gewicht, Länge	Bemerkg.
Tamponade, Eihautstich, Kolpeuryse, Herunterschlagen des einen Fusses und Extraktion bei dem einen Zwilling, Punktion der zweiten Eiblase, Credé	?	Zwillinge 1 Chorien, 2 Amnien, gemeinsame Placenta: 24×19, 1050 g	starker Blutverlust (1600 g)	hochgradig. Anämie, Höchst-Temp. 39°, Lochien kurze Zeit eitrig	beide Kinder † nach 2½ Tg.	1. 1340 g 38,5 cm 2. ebenso	—
Tamponade, Blasensprengung, Extraktion am Fuss, Credé	5½	Nabelschnurvorfall	Blutverlust 1800 g	Temperat. bis 40,2°	† bald p. p.	3500 g 48 cm	Tod durch Anämie
Herableiten eines Fusses, nach einiger Zeit Extraktion wegen Sinkens d. kindlichen Herztöne	13	—	erheblicher Blutverlust	Temperat. bis 38,7°	†	3400 g 53 cm	—
Wendung und Extraktion an dem vorgefallenen Fuss, Credé	9¾	Fuss vorgefallen	—	Temperat. bis 38,9°	† bald p. p.	1150 g 39 cm	asphyktisch geboren
Tamponade mit Gaze, Blasensprengung, Extraktion am vorliegenden Fuss, Credé	45	—	—	Temperat. bis 39,8°, Eihautreste werden ausgestossen, Lochien föt. u. eitrig	† 3 Wch. p. p. Pädatroph.	2300 g 48 cm	—
Tamponade ausserhalb, in der Anstalt Blasensprengung und sofort Herunterholen eines Fusses, nach 4 Std. Extraktion	8½	—	—	ohne Fieber	† gleich p. p.	2750 g 52 cm	—
Blasensprengung und Herabholen beider Füsse, daran anschliessend Extraktion d. Fötus	9¼	—	—	fieberfrei, starke Anämie	†	1000 g 23 cm	—
dreimal Tamponade durch Arzt ausserhalb, in der Klinik: Extraktion, manuelle Placentarlösung, Tamponade von Uterus und Vagina	Geburt ½ Std. nach Weh.-beginn	—	starker Blutverlust	Fieber bis 39,1°, fötide Lochien, Abszessbildung in der Bauchdecke	†	2040 g 45 cm	—

Zusammenfassende

Zahl der Fälle	Mutter													
	tot						Fieber							
	Sepsis		Anämie		zusammen		bis 38,5°		über 38,5°		zusammen		von den Lebenden	
	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	%	
6	—	—	—	—	0	**0**	—	—	6	75	6	75	75	
8	—	—	—	—	—	—	—	—	4	66,6	4	66,6	**66,6**	
7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	

Erwähnenswert scheint mir vor allem, dass kein Fall an Sepsis zu Grunde ging. Die hier in Frage kommenden Operationen verlangen eben kein tieferes Eindringen in das Uteruscavum, so dass die Gefahr schwerer Infektion erheblich vermindert ist. Von den acht Fällen ohne Extraktion starb eine Frau an Anämie, d. i. 12,5%, während 42,8% der überlebenden Mütter Fieber im Wochenbett hatten.

Die Sterblichkeit der Kinder betrug 87,5%; da aber drei Kinder schon vor Eintritt und zwei bereits vor der Operation gestorben waren, so geht dieselbe auf 66,6% zurück.

Die Extraktion wurde ebenfalls achtmal gemacht und zwar betrugen die Resultate für die Mütter 0% Sterblichkeit und 75% bezw. nach Ausschaltung je eines Falles von Eihautretention und manueller Placentarlösung 66,6% Febrilität.

Was die Kinder betrifft, so wurde eines von 2300 g, das nach drei Wochen an Pädatrophie zu Grunde ging, für diese Statistik zu den Lebenden gerechnet

Nr.	Journal-Nr.	Name, Alter ? para	Zeitpunkt der Schwangerschaft	Sitz der Placenta	Muttermund		Blutung	Primäre Kindslage
					bei Eintritt	bei Operation		
150	1894 63	K. W. 35 Jahr IX p.	Ende	lateralis dextra	für zwei Finger	durchgängig	ganz wenig bei Untersuchung	?
151	1897 538	J. Sch. 32 Jahr VI p.	Ende	lateralis	für zwei Finger durchgängig	?	stark während der Geburt	II. Schädellage

Tabelle.

Kind								Bemerkungen
tot				lebend				
Zahl	%	unter 2500 g	über 2500 g	Zahl	%	unter 2500 g	über 2500 g	
7	87,5	5	2	1	12,5	1	—	Zwei Fieberfälle (eine Eihautretention und eine manuelle Placentarlösung) werden ausgeschaltet. Ein Kind, 3 Wch. p. p. gestorben an Pädatrophie, wurde als lebend gerechnet. Ein schon vor der Operation gestorbenes Kind wurde ausgeschaltet
—	—	—	—	—	—	—	—	
6	**85,7**	4	2	1	**14,3**	1	—	

und ein anderes, bereits vor der Operation totes, ausgeschaltet; es gibt dies 85,7 % Mortalität.

Wir hätten also bei diesen letzten beiden Gruppen wider alles Erwarten die grössere Sterblichkeit für die Mütter, wenn nicht extrahiert wurde und die ungünstigeren Resultate für die Kinder, wenn die Extraktion ausgeführt wurde. Das ist gerade die Umkehrung von der Regel. Es ist aber klar, dass sich aus so wenig Fällen (drei und sieben Kinder) keine sicheren Zahlen gewinnen lassen. Ich will deshalb auch gar keinerlei müssigen Erklärungen und Kombinationen versuchen, sondern es bei der Erwähnung der von mir gefundenen Resultate bewenden lassen.

Ich habe noch die Krankengeschichten von fünf Patientinnen nachzutragen, die sich gemäss ihrer Behandlung in keine der obigen Rubriken einfügen lassen. Es wurde bei ihnen zweimal die Zange und einmal die Metreuryse gemacht, einmal die Perforation und Kranioklasie des Kindes ausgeführt und einmal wegen Uterusruptur laparatomiert.

Therapie	Entbindung		Mutter		Kind		
	Dauer Stund.	Bemerkungen	Geburt	Wochenbett	Erfolg	Gewicht, Länge	Bemerkg.
Laparatomie	?	—	† Ruptura uteri, Peritonitis	—	†	3075 g 52 cm	III.° maceriert, Hydrocephalus
Tamponade, Blasensprengung, Forceps wegen Verlangsamung der kindlichen Herztöne	24	—	starker Blutverlust	ohne Fieber	† währ. der Zange	3350 g 51 cm	—

Nr.	Journal-Nr.	Name, Alter ? para	Zeitpunkt der Schwangerschaft	Sitz der Placenta	Muttermund		Blutung	Primäre Kindslage
					bei Eintritt	bei Operation		
152	1898 958	A. E 28 Jahr VI p.	9. Mt.	lateralis sinistra	5 Markstück	gross	2 Tage a. p. sehr stark	II. Schädellage
153	1905 915	K. F. 20 Jahr II p.	10. Mt.	marginalis	völlig	erweitert	ganz wenig intra partum	I. Schädellage
154	1905 1132	F. L. 20 Jahr I p.	8. Mt. Anfang	lateralis dextra	für einen Finger	durchgängig	viele und heftige Blutungen namentlich im 3.—5. Mt. d. Schwangerschaft, starke Blutung bei Beginn der Geburt und in derselben	II. Steisslage (?)

Zum Schlusse möchte ich noch eine kurze, zusammenfassende Übersicht (siehe Seite 70) über die Erfolge der verschiedenen Methoden geben und zwar habe ich hier nur die für mich ganz einwandfreien Fälle verwendet, bei denen jeder anderweitige Einfluss ausgeschaltet erschien. Die Prozentberechnung beim Fieber bezieht sich immer auf die Zahl der lebenden Frauen. Bei den Kindern wurden alle die vor der Einlieferung in die Klinik oder vor Ausführung der betreffenden Operation bereits abgestorbenen ausgeschaltet. Das Folgende ist also nur eine gedrängte Wiedergabe der in den einzelnen vorhergehenden Tabellen fettgedruckten Zahlen, deren Herkunft aus dem dort Gesagten genugsam erhellt. Es wurden auch der leichteren Übersichtlichkeit halber nur volle Prozente angegeben und zu diesem Zwecke die Bruchteile von 0,5 % an nach oben abgerundet, die unter 0,5 % aber weggelassen.

Ich habe schon weiter oben bei Gelegenheit der Zusammenfassungen betont, dass ich die Gruppen VI, IX und X wegen der verhältnismässig geringen Anzahl der Fälle nicht als voll beweiskräftig ansehe und möchte auch hier noch einmal darauf hinweisen.

Die besten Erfolge für die Mutter wären demnach beim möglichst spontanen Geburtsverlauf zu verzeichnen, wobei aber im Auge zu behalten ist, dass dies eben schon an und für sich die leichteren Fälle sind (Gruppe VI und X ziehe ich aus den bereits genannten Gründen nicht in Betracht).

Unter den aktiveren Methoden scheint den Vorzug die kombinierte Wendung ohne Extraktion zu verdienen, da sie nur 10 % Mortalität hat. Viel schlechtere

Therapie	Entbindung		Mutter		Kind		
	Dauer Stund.	Bemerkungen	Geburt	Wochenbett	Erfolg	Gewicht, Länge	Bemerkg.
Tamponade ausserhalb, Perforation u. Kranioklasie wegen Gefahr der Mutter	?	Patientin kommt ganz ausgeblutet herein	† 2 Std. p. p. Anämie	—	†	2000 g 45 cm	keine Herztöne gehört
Forceps, Credé	30	—	—	Temp. 1 mal bis 40,5°, Parametrit. sinistra, fötide Lochien	lebt	2800 g 48 cm	—
Tamponade der Cervix und Scheide, Blasensprengung, vergeblicher Versuch nach Braxton-Hicks zu wenden, Metreuryse	49	—	—	ohne Fieber	lebt	1320 g 39 cm	—

Resultate, nämlich 19—24% Mortalität, finden sich bei der inneren Wendung, weil hier eben die Placentarlösung schon viel weiter fortgeschritten sein wird und die Blutung schon länger gedauert haben dürfte, worauf auch das Überwiegen der Todesfälle an Verblutung hindeutet.

Dass die Tamponade eigentlich ihre Aufgabe nicht sehr gut erfüllt, scheint mir aus den grossen, gerade durch tödliche Anämie bedingten Verlustziffern (13,6% bezw. 15,4%) hervorzugehen.

Andererseits hat die Tamponade auch eine sehr grosse Sterblichkeit durch Sepsis, die nur durch die bei der inneren Wendung mit Extraktion festgestellte (9,5%) übertroffen wird. Die hochgradig durch Blutungen geschwächten Frauen der letzteren Gruppe sind eben, wie sich leicht denken lässt, gegen Infektionen nur mehr sehr wenig widerstandsfähig. Damit würde sehr gut übereinstimmen, dass wir hier auch die höchste Morbidität im Wochenbett (50%) finden.

Die absolut spontane Geburt steht mit 46% Febrilität nur wenig nach, offenbar wegen der längeren Geburtsdauer; wird diese aber z. B. durch Blasensprengung abgekürzt, so sinkt die Zahl der Wochenbettserkrankungen sofort auf 25%. Die nämliche Wirkung macht sich auch der reinen Tamponade mit 22% Fieber gegenüber geltend; denn sobald der Eihautstich hinzukommt, haben wir nur mehr 13% Fieber. Sämtliche Wendungsverfahren haben eine hohe Febrilität, was ja in der Natur des Eingriffes genügsam begründet ist.

Übersicht.

Therapie	Mutter					Kind	
	Zahl der Fälle	Todesfälle in %			Fieber der Lebenden in %	Zahl der Fälle	Todesfälle der zur Zeit der Operation noch Lebenden in %
		Sepsis	Anämie	zusammen			
I. Spontane Geburt	11	—	—	0	46	8	75
II. Nur Blasensprengung	4	—	—	0	25	3	33
III. Nur Tamponade	22	4,5	13,6	18	22	20	70
IV. Tamponade und Blasensprengung	13	7,7	15,4	23	13	10	60
V. Kombinierte Wendung ohne Extraktion	31	3,2	6,4	10	41	26	81
VI. Kombinierte Wendung mit Extraktion	8	—	—	0	38	10	60
VII. Innere Wendung ohne Extraktion	16	6,2	12,4	19	33	13	85
VIII. Innere Wendung mit Extraktion	21	9,5	14,3	24	50	19	47
IX. Herabholen des Fusses ohne Extraktion	8	—	12,5	13	43	3	67
X. Herabholen des Fusses mit Extraktion	6	—	—	0	67	7	86

Die meisten lebenden Kinder (nur 33 % Sterblichkeit) werden erzielt, wenn durch Sprengung der Blase die Geburt beschleunigt und die Blutung gestillt wird, während, wenn alles der Natur überlassen bleibt, 75 % der Kinder zu Grunde gehen.

Wie den Müttern, so bietet der Eihautstich auch den Früchten wesentlich bessere Chancen; denn von den 70 %, die bei der alleinigen Tamponade verloren gehen, werden 10 % durch ihn gerettet: 60 % Sterblichkeit bei Tamponade und Blasensprengung. Für die Kinder scheint es im wesentlichen gleich zu sein ob kombiniert oder innerlich gewendet wird, das Ausschlaggebende für sie ist die Extraktion. Wird diese ausgeführt, so sinkt die Sterblichkeit bei der kombinierten Wendung um 21 %, bei der inneren sogar um 38 %, weil hier die Extraktion leichter und rascher zu bewerkstelligen ist.

Für die Mütter wäre folglich als von den aktiveren Verfahren am meisten empfehlenswert die kombinierte Wendung zu nennen und zwar logischerweise die ohne Extraktion, wenn auch zufälligerweise meine Zahlen für die mit Extraktion zu sprechen scheinen, für die Kinder aber die innere Wendung mit ausschliessender Extraktion.

In der Praxis wird das kindliche Leben wohl oft geopfert werden müssen, um einer zahlreichen Familie (und meistens handelt es sich ja bei Placenta praevia um Vielgebärende) die Mutter zu erhalten. Dann aber bleibt nach wie vor die kombinierte Wendung ohne Extraktion die souveräne Therapie, die vielleicht einmal, was erst erprobt werden muss, von dem vaginalen Kaiserschnitt abgelöst wird. Zu wünschen wäre es ja sehnlichst, dass mittels dieser genialen Methode auch bei Placenta praevia der oberste Grundsatz der Geburtshilfe, womöglich Mutter und Kind zu retten, besser als wie bisher erfüllt werden könnte.

Am Schlusse dieser Arbeit ist es mir ein wirkliches Bedürfnis, Herrn Professor Dr. Döderlein für die Überlassung des Themas und die gütige Übernahme des Referates meinen Dank auszusprechen. Herzlich danken möchte ich auch Herrn Privatdozent Dr. Baisch, der sich in so liebenswürdiger und entgegenkommender Weise für meine Arbeit interessierte und mir manchen wertvollen Wink gab.

Litteratur.

Beckering: Die Fälle von Wendung nach Braxton-Hicks bei Placenta praevia in der Münchener Frauenklinik. Inaug.-Dissert. München 1904.

Behm: Die kombinierte Wendung bei Placenta praevia. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. 9.

Bumm: Grundriss der Geburtshilfe.

Chop; Placenta praevia. Statistik und Therapie an der Hand von 159 Fällen. Inaug.-Dissert. Berlin 1897.

Closs: 38 Fälle von Placenta praevia. Inaug.-Dissert. Tübingen 1901.

Dührssen: Über die Behandlung der Placenta praevia mittels intrauteriner Kolpeuryse. Deutsche med. Wochenschr. 1894. Nr. 19.

Duncan; Spontane Trennung des Kuchens bei Placenta praevia. Archiv für Gynäkologie. Bd. 6.

Fleischmann: Ein Beitrag zur Therapie bei Placenta praevia. Inaug.-Dissert. Kiel 1901.

Freund: Über Placenta praevia. Deutsche med. Wochenschr. 1908. Nr. 4.

Fritsch: Deutsche med. Wochenschr. 1905. S. 1881. Nr. 4.

Gutmann: 20 Fälle von Placenta praevia aus der Münchener Franenklinik. Inaug.-Dissert. München 1896.

Hofmeier: Zur Behandlung der Placenta praevia. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. 8.

— Über Placenta praevia. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. VII.

Jüdell: Über Placenta praevia. Archiv für Gynäkologie. Bd. 6.

Lemke: Die heutigen Ansichten über die Behandlung der Placenta praevia. Inaug.-Dissert. Berlin 1901.

Müller: Die Behandlung der Placenta praevia mit der Hysterotomia vaginalis anterior. Inaug.-Dissert. Berlin 1907.

Pipo: Über 56 Fälle von Placenta praevia. Inaug.-Dissert. Göttingen 1907.

Reding: Über die Ergebnisse der Behandlung der Placenta praevia im Frauenspital Basel-Stadt. 1896—1906. Inaug.-Dissert. Basel 1907.

Schröder: Über die Bedeutung des Blasensprungs bei Placenta praevia lateralis. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. 1.

Strassmann: Placenta praevia. Archiv für Gynäkologie. Bd. 67.

Striepecke: 322 Fälle von Placenta praevia aus der Universitäts-Frauenklinik Berlin. Inaug.-Dissert. Berlin 1902.

Weber: Kasuistischer Beitrag zur Placenta praevia. Inaug.-Dissert. München 1891.

Winckel: Handbuch der Geburtshilfe.

Zimmermann: Die intrauterine Ballonbehandlung in der Geburtshilfe. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. 1902. Bd. XVI. Heft 1.

Zweifel: Über Gefahren und Behandlung der Placenta praevia. Münchener med. Wochenschrift. 1907, Nr. 48.

Lebenslauf.

Unterzeichneter wurde geboren am 21. Mai 1882 als Sohn des verstorbenen Bildhauers und Kgl. Professors Rudolf Maison in München. Nach vierjährigem Besuch der Simultanschule an der Schellingstrasse in München besuchte ich das Kgl. Maxgymnasium in München und fünf Jahre das Kgl. humanistische Gymnasium in Burghausen a. S., wo ich auch im Juli 1903 das Zeugnis der Reife erwarb. Vom 1. Oktober 1903 bis 1. April 1904 genügte ich meiner Militärpflicht im 2. Infanterie-Regiment „Kronprinz" in München.

Die ersten fünf Semester studierte ich an der Universität München, wo ich im Mai 1906 die ärztliche Vorprüfung ablegte. Das Sommersemester brachte ich in Freiburg i. B. zu, im Winter 1906/07 oblag ich meinen Studien wieder an der hiesigen Universität. Im Sommer 1907 studierte ich in Kiel, um dann während der nächsten beiden Semester meine medizinischen Studien in München zum Abschluss zu bringen. Hier legte ich auch während der Zeit vom 15. Oktober bis zum 2. Dezember die ärztliche Prüfung ab.

Rudolf Maison.